

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome		Nome	
Data di nascita	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nr. AVS	
Telefono		Luogo di nascita	
Via e nr.		NAP e Luogo	
Nazionalità	<input type="checkbox"/> svizzera <input type="checkbox"/> altro, specificare:	Stato civile	
Lingua parlata		Religione	
Medico curante		Telefono	
Geriatra o altri specialisti di riferimento		Telefono	
Via e nr.		NAP e Luogo	
Cassa malati		Nr. della carta	
Professione			
Scolarità			
Curatore	Amministrativo <input type="checkbox"/> Generale <input type="checkbox"/>	Rappresentante Terapeutico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Persona di riferimento 1	Nome ..... Cognome ..... Grado di parentela .....	Telefono casa-lavoro..... Cellulare.....	
Persona di riferimento 2	Nome ..... Cognome ..... Grado di parentela .....	Telefono casa-lavoro..... Cellulare.....	

Sostegno a domicilio	Gestione amministrativa <input type="checkbox"/> ..... Economia domestica <input type="checkbox"/> ..... Spesa <input type="checkbox"/> ..... Pasti <input type="checkbox"/> .....
Rete formale Servizio a domicilio	Nome servizio..... Persona di riferimento ..... Tel ..... Mail ..... Tipo di intervento ..... Frequenza .....

Motivo della richiesta	
Frequenza settimanale desiderata	2 volte la settimana <input type="checkbox"/> 3 volte la settimana <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
Obiettivo	
Diagnosi	

<b>Farmaci</b>			
<input type="checkbox"/> Antidiabetico	<input type="checkbox"/> Anticoagulante	<input type="checkbox"/> Antipertensivo	<input type="checkbox"/> Analgesico
Terapia di riserva- /specificare indicazione dosaggio ed eventuale ripetitività a che distanza di orario			
Farmaci da assumere negli orari di frequenza del CDNT:			
<b>NB: allegare schema terapeutico e comunicare ogni variazione</b>			

<b>Direttive anticipate</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Osservazioni:
<b>REA (campo obbligatorio)</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Osservazioni:
<b>Pace Maker</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Osservazioni:
<b>Allergie</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Intolleranze</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Precauzioni/ Osservazioni</b>		

Data,

Timbro e firma del medico