

DATI ANAGRAFICI

Cognome		Nome	
Data di nascita		Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Telefono		Nr. AVS	
Via e nr.		Luogo di nascita	
Nazionalità	<input type="checkbox"/> svizzera <input type="checkbox"/> altro, specificare:	NAP e Luogo	
Lingua parlata		Stato civile	
Medico curante		Religione	
Geriatra o altri specialisti di riferimento		Telefono	
Via e nr.		Telefono	
Cassa malati		NAP e Luogo	
Professione		Nr. della carta	
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	

Farmaci			
<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:			
NB: allegare schema terapeutico e comunicare ogni variazione			

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

Data,

Timbro e firma del medico