

PROGRAMMA "DOPO DI NOI" SCHEDA SANITARIA

MEDICO _____	LUOGO _____	DATA / /
--------------	-------------	----------

ANAGRAFICA PAZIENTE	
COGNOME:	NOME
NATO A _____	IL _____ RESIDENTE A: _____
VIA _____	

DIAGNOSI CLINICA

Stato del paziente

Sta assumendo qualche farmaco? NO SI

Se sì, specificare i farmaci principali che sta assumendo:

1. _____
2. _____
3. _____

Utilizza qualche ausilio come occhiali, apparecchio acustico, sedia a rotelle, ecc.?

NO SI

Se sì, specificare il tipo di ausilio fornito:

Indicare il funzionamento delle seguenti aree

Funzioni mentali:

Funzioni sensoriali:

Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio:

Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino:

Funzioni genitourinarie e riproduttive:

Funzioni neuro-muscolo-scheletriche e correlate al movimento: