POLICENTRO
ANZIANI
LOSONE

# CERTIFICATO MEDICO

(va compilato dal medico curante)

## 1 DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

| | |
|---|---|
| Cognome | |
| Nome(i) | |
| Data di nascita | _ _ . _ _ . _ _ _ _ |

## 2 INDIRIZZO DI RESIDENZA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nazione | ☐ Svizzera ☐ Italia ☐ _____ | | |
| Provincia/Cantone | ☐ Ticino ☐ _____ | | |
| Città/Comune | | CAP/NAP | |
| Via /Piazza | | | |

## 3 DATI MEDICI E INFERMIERISTICI

| | |
|---|---|
| Diagnosi somatica e psichica | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| Mobilità | ☐ Deambulazione libera ☐ Mezzi ausiliari – specificare: _____ |
| Terapia attuale | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| Anticoagulazione | ☐ Sì ☐ No |
| Eventuali allergie conosciute | |
| Grado di dipendenza | ☐ Autosufficiente ☐ Parzialmente dipendente ☐ Dipendente |

| | |
|---|---|
| Fumatore/fumatrice | ☐ Sì ☐ No |
| Osservazioni | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |

## 4 DATI DEL MEDICO INVIANTE

| | | |
|---|---|---|
| Titolo | ☐ Dottor | ☐ Dottoressa |
| Cognome | | |
| Nome | | |
| E-Mail ufficio | | |
| Telefono ufficio | | |
| Codice EAN/GLN | | |

Data

.....

Timbro e firma

.....