

Atta Fondazione 'Gobetti'
c.a. INFERMERIA

SCHEDA SANITARIA DI ACCOGLIMENTO

**Da compilarsi a cura del medico curante o dei medici ospedalieri.
Si ringrazia per la collaborazione.**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ luogo di nascita _____

Codice fiscale _____ esenzioni ticket _____

Patologie di base: _____

Catetere vescicale sì no

Piaghe da decubito sì no

Sondino naso-gastrico sì no

vescicale sì no

Continenza

intestinale sì no

Porta protesi? sì no se sì quali? _____

Esami eseguiti: _____

Indicare eventuali allergie verso farmaci o alimenti: _____

Terapia in atto:

Farmaco

Posologia

MATTINA

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MEZZOGIORNO

_____	_____
_____	_____
_____	_____

SERA

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Eventuale terapia al bisogno: _____

Vaccinazione anti-influenzale sì no se sì eseguita il _____

Vaccinazione antipneumococcica sì no se sì eseguita il _____

Vaccinazione ANTI COVID 19 _____

Si dichiara inoltre che il/la signor/ra _____

è esente da malattie infettive e diffuse che controindicano l'inserimento e la vita in comunità.

Distinti saluti.

Data _____

*Il medico
(timbro e firma)*