

Cognome _____ Nome _____

Residenza _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Figura di riferimento _____ Telefono _____

1. EVENTI MORBOSI PREGRESSI

2. PATOLOGIE IN ATTO

3. TERAPIE IN ATTO

Nessuna Fisica Dietetica

Farmacologica (specificare)

4. STATO NUTRIZIONALE

Normale Eccessivo Carente

5. DEFICIT DI VISTA

No Sì Corretto Non corretto

6. DEFICIT DI UDITO

No Sì Corretto Non corretto

7. MOBILITÀ

Normale Cammina
con aiuto Costretto
in sedia Costretto
a letto

8. INCONTINENZA

No Sì(Urine) Sì(Feci)

9. PROBLEMI APERTI

Nessuno Sanitari Familiari Assistenziali
specificare _____

Eventuali altre annotazioni _____

_____ data

_____ Il Medico curante timbro e firma



Servizio Sanitario della Toscana

Telefono di reperibilità
del Medico curante