

DATI PAZIENTE

Nome e Cognome _____ M F

Luogo di Nascita _____

Data _____

Indirizzo _____

Città/stato/CAP _____

Telefono _____

Indirizzo di posta elettronica _____

ASL di Appartenenza _____

DIAGNOSI DI MALATTIA RARA

NOME MALATTIA RARA

DATA DI ESORDIO MALATTIA RARA

CODICE ESENZIONE

ALTRE PATOLOGIE

CONTATTI UTILI

Medico di Base o Pediatra di Libera Scelta

Nome e Cognome _____

Telefono Reparto/Ambulatorio _____

Cellulare _____

Medico di Riferimento per Malattia Rara

Nome e Cognome _____

Telefono Studio-Cellulare _____

Indirizzo di posta elettronica _____

CareGiver

Nome e Cognome _____

Parentela Genitore Coniuge Figlio Altro: _____

Telefono _____

PIANO TERAPEUTICO

Sintesi elenco farmaci e dosaggio _____

Allergie a farmaci e/o alimenti _____

Problemi alimentari e di Deglutizione (dieta macinata, PEG, modalità assunzione liquidi) _____

Protesi, ausili e dispositivi in uso _____

FATTORI DI RISCHIO e ALTRE PATOLOGIE

Fattori di Rischio	<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Epilessia	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
	<input type="checkbox"/> Pneumopatia <input type="checkbox"/> Altro:			
Disabilità Motoria	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Grave	
Disabilità Intellettiva	<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Moderato	<input type="checkbox"/> Grave	
Disturbi del Linguaggio	_____			
Disturbi del Comportamento	_____			
Disturbi dello Spettro Autistico	_____			
Interventi Chirurgici	_____			

Altre Comunicazioni	_____			

SINTESI BISOGNI ASSISTENZIALI IN ASSENZA DEL CAREGIVER

Indicazioni essenziali per il trattamento e la gestione del malato in caso di ricovero ospedaliero in ASSENZA del Caregiver.
