

SCHEDA SANITARIA

(All. D)

INFERMO

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

DOMICILIO _____

CAP _____ CITTÀ _____ TELEFONO _____

ASSISTITO DELL'ONA

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

COMANDO/UFFICIO DI APPARTENENZA _____

PARENTELA _____ DELL'ASSISTITO DELL'ONA CON L'INFERMO

DESCRIZIONE DELLE INFERMITÀ

.....

.....

.....

.....

CENNI SUL DECORSO DELLE INFERMITÀ

.....

.....

.....

GRADO DI COMPROMISSIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE

.....

.....

.....

TIPO DI CURE NECESSARIE

.....
.....
.....

TIPO DI ASSISTENZA NECESSARIA

.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'INFERMITÀ È SUSCETTIBILE DI MIGLIORAMENTO NEL TEMPO

.....
.....
.....
.....

EVENTUALI ALTRE NOTIZIE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data e firma leggibile con timbro del medico curante