

**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**