

CERTIFICATO MEDICO

Si certifica che la signora/il signore _____

nata/o a _____ prov. _____ il _____

abitante a _____ in via _____

MAIL DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: _____

ANAMNESI PATOLOGICA

1. La persona è affetta dalle seguenti patologie:

2. La persona presenta allergie e/o intolleranze farmacologiche e/o alimentari? ☐ SI ☐ NO

Se sì quali _____

3. La persona è idonea al trattamento preventivo con la permetrina 5% in crema impiegato per contrastare il manifestarsi e diffondersi della scabbia ? ☐ SI ☐ NO

4. La persona è affetta da patologie infettive acute e/o multiresistenti? ☐ SI ☐ NO

Se sì quali _____

5. La persona ha eseguito con regolarità le vaccinazioni anti-influenzali? ☐ SI ☐ NO

Se sì, quando ha eseguito l'ultima vaccinazione _____

TERAPIA ATTUALE (riportare sotto o allegare la scheda con la terapia in atto)

FARMACO	DOSAGGIO	ORARIO

TERAPIA CONDIZIONATA

FARMACO	DOSAGGIO	INDICAZIONI

SI PREGA DI ALLEGARE IL PIANO TERAPEUTICO DOVE NECESSARIO.

Scegliere solo una delle opzioni sotto riportate:

☐ Si certifica che la/il paziente in oggetto si trova in una situazione di stabilità clinica come descritto all'art. 30 co. 1 let. b) del DPCM 12 gennaio 2017; *(trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione)*

OPPURE

☐ Si certifica che la/il paziente in oggetto **NON** si trova in una situazione di stabilità clinica per cui è necessario indire un UVD multidisciplinare.

DATA E FIRMA
