### **Fondazione Vita Serena** **Campo di vacanza Olivone**

**CP 1252, 6512 Giubiasco 2022**

**Tel. 091 857 59 03**

# **CERTIFICATO MEDICO**

## Da riempire dal medico curante

Nome e cognome: ……………………………………………… Data di nascita: …………………….

Indirizzo completo: ……………………………………………………………………………………………………….

Cassa malati: …………………………………………………. Numero aderente cassa malati……………………………….

**ALLERGIE E MANIFESTAZIONI**: ………………………………………………………………………………………………………………………………

**ANTICOAGULAZIONE: SI NO** *(se sì,* dosaggio per tutto il periodo del Campo e tessera anticoagulazione allegata)

**IN CASO DI ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO, IL MEDICO E GLI INFERMIERI DEVONO INTRAPRENDERE LA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE? *SI NO*** *Firma\*: ………………..*

**Diagnosi principali e data:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Affezioni Secondarie:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**PRESSIONE ARTERIOSA: POLSO:** ……...

**Problemi prevedibili:**

**Dieta:**

**Controlli indispensabili durante il campo:**

**Per chi ha già partecipato al campo:** **vi sono stati peggioramenti? SI NO**

**Se sì, quali?**

**OSSERVAZIONI:**

**\* con la firma il medico certifica di aver parlato con gli utenti ed i famigliari**

**compilare anche a tergo pf.**

**TERAPIE:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | FARMACI | MATTINO | MEZZOGIORNO | SERA | NOTTE |
| **Terapia X bocca** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | FARMACI | Modalità somministrazione | MATTINO | MEZZODI’ | SERA | NOTTE |
| **Terapia parenterale** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Terapia riserva** | **IN CASO DI:** |
| **Dolore:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Nausea:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Insonnia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Stipsi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Agitazione/ansia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Medicazioni da eseguire (x al giorno)**: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Segnalare tempestivamente cambiamenti di terapia o dello stato di salute al segretariato, telefonando allo 091 857 59 03.

Il sottoscritto medico o il suo sostituto è reperibile dal 26 giugno al 8 luglio al:🕿 ………………………………………

**Tutti i dati vengono trattati nel rispetto del segreto professionale.**

**Luogo e data:** ……………………………… **TIMBRO E FIRMA**

del medico curante