

MODULO 2	VALUTAZIONE MEDICA (a cura del MMG dell'utente)	Cod. ROG26/1.2 Rev.02 del 30.06.2025
-----------------	--	---

La compilazione del presente modulo può essere sostituita dalla stampa della scheda medica dal sistema informatizzato del medico di famiglia dell'utente (fascicolo sanitario elettronico).

PAZIENTE: _____ **ANNO** _____ **N° prog.** _____

Codice Tessera Sanitaria _____

ANAMNESI

DIAGNOSI ATTUALE

Patologia prevalente: _____
Patologia secondaria 1: _____
Patologia secondaria 2: _____
Patologia secondaria 3: _____

☐ **EON** (Esame Obiettivo Neurologico) _____

TAO: ☐ SI ☐ NO **Ossigenoterapia:** ☐ SI ☐ NO ☐ altro: _____ ☐ altro: _____

POSITIVITA' SIEROLOGICA: Epatite ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ HIV ☐ Altro: _____

ALLERGIA FARMACI: ☐ SI ☐ NO se SI quali: _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____ **DIETE SPECIALI:** _____

ALLERGIE: _____

Piano Riabilitativo: ☐ SI ☐ NO **Piano Terapeutico:** ☐ SI ☐ NO

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

FARMACO (principio attivo)	DOSAGGIO	ORARI somministrazione	FARMACO (principio attivo)	DOSAGGIO	ORARI somministrazione

OPPURE ☐ allegata prescrizione terapia farmacologica del M.M.G.

Indagini/consulenze effettuate: _____

Indagini/consulenze da effettuare: _____

☐ **Cadenza Monitoraggio clinico parametri vitali:** _____

☐ **Patologie da monitorare:** _____

DATA _____

Timbro e Firma del M.M.G.