

ANZIANI AL CENTRO

Progetto finanziato dall'Unione dei Comuni del Terralbese



SCHEDA SANITARIA - MODULO TERAPIA GIORNALIERA - NECESSITA' ALIMENTARI

NOME E COGNOME DELL'OSPITE _____

NOME E COGNOME DEL REFERENTE _____

TERAPIA FARMACOLOGICA GIORNALIERA

ORA	NOME DEL FARMACO	QUANTITA'

PARTICOLARI NECESSITA' ALIMENTARI (AD ESEMPIO TUTTO FRULLATO O ALTRO), ALLERGIE, INTOLLERANZE E QUALSIASI ALTRA INFORMAZIONE RILEVANTE.

MEDICO DI BASE E NUMERO DI TELEFONO:						
PATOLOGIA:						
IPERATTIVITA' MOTORIA	0	1	2	3	4	5
ORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE	0	1	2	3	4	5
TENTATIVI DI FUGA E AGITAZIONE	0	1	2	3	4	5
PERSONA COLLABORANTE	0	1	2	3	4	5
DEAMBULAZIONE	0	1	2	3	4	5

FIRMA DEL REFERENTE/O MMG

DATA ____ / ____ / ____