

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

La persona è affetta dalle seguenti patologie:

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

Se si quali _____

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

Se si quali _____

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)

[illegible]

FARMACO	DOSAGGIO	ORARIO

TERAPIA CONDIZIONATA

FARMACO	DOSAGGIO	INDICAZIONI

SI PREGA DI ALLEGARE IL PIANO TERAPEUTICO DOVE NECESSARIO.

USO PERMETRINA AL 5% (cancellare l'opzione esclusa).

Dichiaro che la persona è **IDONEA/NON IDONEA** al trattamento preventivo con un prodotto a base di permetrina al 5% in crema impiegato per contrastare il manifestarsi e diffondersi della ectoparassitosi (scabbia) nella struttura residenziale. **AUTORIZZO/NON AUTORIZZO** il trattamento.

- ☐ 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)*
- ☐ 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
