

M) ALTERAZIONI DELL'APPARATO VESTIBOLARE SIØ NO
(specificare) í

N) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SIØ NO
Centrale í ..
Decadimento cognitivo í ..
Epilessia (5) í í í ..í ..
Periferico í

O) INFERMITA' DI NATURA PSICHICA SIØ NO
Insufficienza mentale í ..í ..
Psicosi / Disturbi di Personalità ..í ..
Depressione í í í ..í ..
Altre í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..í ..
In cura presso strutture psichiatriche territoriali? SIØ NO IN PASSATO

P) DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE SIØ NO IN PASSATO
Etilismo í í .í ..í ..
Tossicofilie í í í í í ..í ..
Uso di sostanze psicotrope (6) ..í ..
In cura presso SERT o NOA? SIØ NO IN PASSATO

Q) PORTATORE DI PROTESI? (7) SIØ NO
(specificare)
í ..
í í í í í í í í í í í ..lí í í í í í í í í í (8)

Dichiarazione del richiedente
Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute

í í í í í í í í í í í í í í
Firma del richiedente

í í í í í í í í í í í í í í í
Firma e timbro del Medico di Fiducia (9)

NOTE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE

Barrare con una X le caselle interessate (precisando anche eventuali patologie pregresse).

- (1) Specificare se soffre di ipertensione arteriosa, pregresso IMA, aritmie, se portatore di PM o ICD, se affetto da valvulopatie, etc.
- (2) Specificare le eventuali complicanze (oculari, nervose, cardiovascolari, etc.)
- (3) Specificarne la gravità e l'eventuale trattamento dialitico.
- (4) Ad esempio glaucoma, maculopatie, alterazioni del campo visivo, etc.
- (5) Indicare la data dell'ultima crisi e l'eventuale terapia in atto.
- (6) Ad esempio antidepressivi, ansiolitici, antipsicotici, etc.
- (7) Ad esempio protesi acustiche, protesi valvolari cardiache, protesi vascolari, etc.
- (8) Luogo e data del rilascio.
- (9) indicare il numero regionale se Medico di Assistenza Primaria