

**RISERVATO AL RESPONSABILE DELLA
SOTTOSEZIONE O DEL GRUPPO**

■ Cammina? _____ Parla? _____

■ Ha bisogno di essere accompagnato? _____

■ Ha bisogno della carrozzina? _____ Propria? _____

■ Usa Altri presidi ortopedici? _____

■ Ha difficoltà con la vista? _____

■ PESO _____ STATURA _____

IN TRENO e PULLMAN

■ Può rimanere seduto tutto il giorno? _____

■ Deve viaggiare in barella? _____

IN AEREO

■ Può salire autonomamente la scaletta? SI NO

■ E' autorizzato al viaggio in aereo? SI NO

Firma del medico di sezione per presa visione

In data _____ Firma _____

IN CASO DI NECESSITÀ RIVOLGERSI A:



**U.N.I.T.A.L.S.I.
PRESIDENZA NAZIONALE
Via della Pigna, 13/a 00186 ROMA**

Sezione Sottosezione di _____

Pellegrinaggio a treno aereo data .../.../.....

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data _____

Indirizzo _____

C.a.p. _____ Città _____ Prov. _____

A.S.L. N. _____ Cod. Fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

E.mail _____

Accompagnatore: Familiare Non familiare

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

C.a.p. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Gruppo (in treno) _____

Centro di accoglienza _____

Albergo _____

**PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE
RICHIESTA NOTIZIE SANITARIE**

SI RACCOMANDA LA REDAZIONE IN STAMPATELLO

A) Quali sono le patologie da cui il paziente è affetto?*

(descrivere e riempire lo schema allegato)

* segnalare anche eventuali pregresse crisi convulsive o psicotiche

B) Qual'è la terapia in atto?***
(indicare farmaci, dosaggio e orari)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

*** L'ammalato va informato di portare con se i farmaci di cui fa uso in quantità

C) Può badare alle sue necessità fisiologiche? SI NO

D) Autonomia nella somministrazione di farmaci? SI NO

E) Usa particolari presidi? SI NO

se sì quali? _____

F) ha bisogno di assistenza continua? SI NO

se sì quale? _____

G) Ha bisogno di cure particolari? (dieta speciale, medicazioni, esami di laboratorio, dialisi) specificare: _____

H) Ossigenoterapia? SI NO

Modalità e quantità _____

I) Allergie e/o intolleranze _____

L) Può viaggiare in aereo? SI NO

Data _____ Timbro e firma del medico

Numero telefonico, e-mail del medico curante: _____

L'UNITALSI, nell'effettuare il trattamento dei dati, rispetta quanto previsto dall'art. 24