



**MODULO RICHIESTA ATTIVAZIONE CENTRO TOBIA
 A CURA DEL MMG/ MEDICO SPECIALISTA**

DATA RICHIESTA

Medico Prescrittore

Telefono
E-MAIL

DATI UTENTE

Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita Sesso M F

Residente in Via/Piazza Distretto

Domicilio Via/Piazza Distretto

Disturbo cognitivo-comportamentale

Grado di Disabilità cognitiva-comportamentale

Lieve Moderata Grave

Localizza il dolore? SI NO

Deambulazione Si No

Modalità di accesso con propri mezzi ambulanza carrozzina/ausili per deambulazione

Caregiver/tutore

Telefono
E-Mail

MOTIVO DELLA RICHIESTA

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

Cardiovascolari

Infarto Miocardio Acuto Angina pectoris Insufficienza Cardiaca Congestizia

Valvulopatie Altro

Ipotensione Ipertensione TIA Ictus cerebrale emorragico/ischemico

Arteriopatie Arti inferiori/superiori Aneurisma Aorta addominale/cerebrale

Metaboliche

Diabete mellito Tipo I Tipo II Obesità Ipertiroidismo Ipotiroid.

Respiratorie

BPCO Asma Altro

Gastro-intestinali

Gastrite Ulcera Gastroduodenale Altro

Infiammatorie

Artrite reumatoide Altro

Genito/Urinarie

Muscolo-scheletriche

Paralisi dx sx Emiplegia dx sx

Tetraplegia Altro

Altro

FIRMA E
TIMBRO