

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Figura di riferimento \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**A 1**  
**VALUTAZIONE**  
**DEL GRADO**  
**DI**  
**AUTO-**  
**SUFFICIENZA**

**Attestazione**  
**del Medico**  
**Curante**

*(scheda 1 Del.CR.  
214/91)*

*Telefono di reperibilità del  
Medico curante*

**1. EVENTI MORBOSI PREGRESSI**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. PATOLOGIE IN ATTO**

\_\_\_\_\_

**3. TERAPIE IN ATTO**

Nessuna  Fisica  Dietetica

Farmacologica (specificare)

\_\_\_\_\_

**4. STATO NUTRIZIONALE**

Normale  Eccessivo  Carente

**5. DEFICIT DI VISTA**

No  Si  Corretto  Non corretto

**6. DEFICIT DI UDITO**

No  Si  Corretto  Non corretto

**7. MOBILITÀ**

Normale  Cammina con aiuto  Costretto in sedia  Costretto a letto

**8. INCONTINENZA**

No  Si (Urine)  Si (Feci)

**9. PROBLEMI APERTI**

Nessuno  Sanitari  Familiari  Assistenziali

specificare \_\_\_\_\_

Eventuali altre annotazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

data

Il Medico curante timbro e firma

\_\_\_\_\_



