****

****

**SCHEDA SANITARIA - MODULO TERAPIA GIORNALIERA - NECESSITA’ ALIMENTARI**

NOME E COGNOME DELL’OSPITE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME E COGNOME DEL REFERENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TERAPIA FARMACOLOGICA GIORNALIERA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORA** | **NOME DEL FARMACO** | **QUANTITA’** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**PARTICOLARI NECESSITA’ ALIMENTARI (AD ESEMPIO TUTTO FRULLATO O ALTRO), ALLERGIE, INTOLLERANZE E QUALSIASI ALTRA INFORMAZIONE RILEVANTE.**

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

|  |
| --- |
| **MEDICO DI BASE E NUMERO DI TELEFONO:**  |
| **PATOLOGIA:** |
| **IPERATTIVITA’ MOTORIA** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **ORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **TENTATIVI DI FUGA E AGITAZIONE** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **PERSONA COLLABORANTE** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **DEAMBULAZIONE** | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

FIRMA DEL REFERENTE/O MMG

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

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_