



ALLEGATO A

Il Sottoscritto Dr \_\_\_\_\_

M.M.G.     Medico Ospedaliero     Medico di Struttura

del Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Portatore della/e seguente patologia/e: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problemi clinici attivi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terapia farmacologia in atto (denominazione farmaco e posologia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assume farmaci autonomamente SI    NO

Allergie a farmaci \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DICHIARA sotto la propria responsabilità che trattasi di paziente CRONICO/STABILIZZATO :

- AUTOSUFFICIENTE con necessità di minimo supporto assistenziale
- NON AUTOSUFFICIENTE con necessità di supporto infermieristico /assistenziale

JESI.....

Timbro e Firma del Medico