NOME……**Cognome**…….

Data di nascita……**……**……eta'……peso……..

Genitore di rif……recapito……..

Operatore……recapito…….

Carrozzato/a……

Deambulante…….

Deamb. Con tutori……..

Comunic.Verbale……..Non Verbale……

Incontinenza urinaria……..fecale……

Necessita uso sedia da comodo……..da doccia……..

PATOLOGIE PRINCIPALI:

non vedente……ipovedente……

elencare in ordine di priorità le altre patologie concomitanti come ad es. ritardo cognitivo e/o autismo, ecc.

……
……
……

EPILESSIA SI….. NO…..

Se presente, FREQUENZA e DURATA delle crisi……

Come si presentano le crisi……

Periodo crisi più recente……

Cause scatenanti ipotetiche……

ALLERGIE……**INTOLLERANZE**……

TERAPIA FARMACOLOGICA:

*Quotidiana***,** divisa in fasce orarie e schema posologico:

ad es. ore 8 Wkx gocce 20 diluite in….

Mattino……..

……

……

Ore centrali……..

……

Sera……

……

……

Saltuaria……

Di emergenza

……

In caso di crisi epilettiche, da somministrare mediamente dopo quanto tempo……

ALIMENTAZIONE

NORMALE …….. TRITATA ……. PASSATA……

CIBI DA EVITARE……

SITUAZIONI DA SCONSIGLIARE……
……
…….

NOTE……
……
……..

Data…….. firma genitore…….

NULLA OSTA ALLA PARTECIPAZIONE DEL MIO PAZIENTE…….AL SOGGIORNO ESTIVO LUDICO RIABILITATIVO, di cui approvo lo schema di terapia e posologia farmacologico

Timbro e firma del medico……