

MODULO SANITARIO

da compilare ed inviare via e-mail esclusivamente al Dott. Francesco Morandi
<morandifrancesco55@gmail.com>

PARTE I – STATO DI SALUTE

Nome e cognome del partecipante

Data di nascita

Diagnosi mediche

Diagnosi genetica

Condizioni generali di salute attuali

Terapie abituali da fare anche durante lo svolgimento del campo:

Farmaco	Dose	Via somministrazione	Giorni / orari	Note

Il partecipante è autonomo nella somministrazione di queste terapie? sì ☐ no ☐

Note

Terapie da fare solo in caso di necessità

Il partecipante è autonomo nella somministrazione di queste terapie? sì ☐ no ☐

Ha mai avuto crisi convulsive? sì ☐ no ☐ data dell'evento più recente

Circostanze (stress, stimolazione sensoriale)

Note

Hai difficoltà cognitive? sì ☐ no ☐

Note

Hai difficoltà sensoriali? sì ☐ no ☐

Note

Hai difficoltà di deambulazione o di equilibrio? sì ☐ no ☐

Note

PARTE II – GESTIONE VENTILAZIONE																							
Tipo di ventilazione utilizzata durante il campo invasiva (tracheostomia) ☐ non invasiva (maschera) ☐ pacemaker diaframmatico ☐																							
Hai un pacemaker diaframmatico, anche se non lo utilizzerai durante il campo? sì ☐ no ☐																							
Hai un pacemaker cardiaco? sì ☐ no ☐																							
Marca modello																							
Tracheostomia																							
Sì ☐ No ☐ Modello cannula Misura																							
Avrai un kit di emergenza per la sostituzione durante il campo? Sì ☐ No ☐																							
Necessiti di aspirazione del secreto delle vie aeree? <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 60%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="padding: 5px;"><i>Quando</i></th> <th style="padding: 5px;"><i>Sì</i></th> <th style="padding: 5px;"><i>No</i></th> <th style="padding: 5px;"><i>A volte</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Mattino</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Durante il giorno</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Di sera</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Durante la notte</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>				<i>Quando</i>	<i>Sì</i>	<i>No</i>	<i>A volte</i>	Mattino	☐	☐	☐	Durante il giorno	☐	☐	☐	Di sera	☐	☐	☐	Durante la notte	☐	☐	☐
<i>Quando</i>	<i>Sì</i>	<i>No</i>	<i>A volte</i>																				
Mattino	☐	☐	☐																				
Durante il giorno	☐	☐	☐																				
Di sera	☐	☐	☐																				
Durante la notte	☐	☐	☐																				
Note																							
Ossigenoterapia																							
Necessiti di ossigenoterapia? sì ☐ no ☐ a volte ☐																							
In quali situazioni?																							
Dispositivo di ventilazione																							
Marca Modello																							
Tipo di batteria interna ☐ esterna ☐																							
Tipo di umidificatore interno ☐ esterno ☐ non utilizzato ☐																							
Parametri di ventilazione impostati in modo fisso sì ☐ no ☐																							
Parametri di ventilazione impostati in base alla situazione sì ☐ no ☐																							
Note																							
Monitoraggio																							
Utilizzo un dispositivo di monitoraggio saturazione O2 durante la notte sì ☐ no ☐																							
Impostazione soglia di allarme saturazione O2																							
Utilizzo un dispositivo di monitoraggio della CO2 sì ☐ no ☐																							
Impostazione soglie di allarme CO2																							
Ulteriori informazioni utili al gruppo infermieristico																							

Se il partecipante viene seguito a casa dall'aiuto domiciliare, vi preghiamo di allegare all'iscrizione una copia del piano di cura o un rapporto di trasferimento.



Con la presente autorizziamo il Dott. Francesco Morandi ad ottenere informazioni mediche necessarie alla completa assistenza del paziente e a prendersi cura del paziente in caso di necessità non derogabile (per soggetti minorenni è necessaria la firma dei genitori o tutori legali).

Nome, cognome e firma del partecipante o del genitore / tutore se minorenne

Nome / cognome _____

Data _____

Firma _____

Ricorda che questo **MODULO SANITARIO** deve essere inviato via e-mail solamente al Dott. Francesco Morandi all'indirizzo morandifrancesco55@gmail.com