

GRUPPO \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

(Riservato alla direzione)

--	--

**Associazione SILENZIOSI OPERAI DELLA CROCE**

Ente giuridico riconosciuto con D.P.R. n. 1531 del 06/11/1960 ONLUS

Cod. Fisc. 80159770587 - P. IVA 02129921009

Primaria nella Confederazione Internazionale dei

**Centri Volontari della Sofferenza** - Via Matteotti, 6 - 25018 MONTICHIARI (BS)

Tel. 030/ 9961238 - Fax 030/9652665

e-mail: montichiari@sodcvvs.org

**CERTIFICATO MEDICO**

**Si prega di rispedire alla Direzione il presente modulo debitamente compilato IN STAMPATELLO E IN BUSTA CHIUSA.**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

**Informazioni generali sanitarie**

Valutazione delle condizioni generali del malato \_\_\_\_\_ (buone - mediocri - discrete - gravi - gravissime)

Può alzarsi e camminare? \_\_\_\_\_ Può viaggiare seduto? \_\_\_\_\_

Deve viaggiare coricato? \_\_\_\_\_ Può essere mosso senza danno? \_\_\_\_\_

Deve stare immobile e perché? \_\_\_\_\_

Fu ricoverato in Istituti di cura? Perché \_\_\_\_\_

Quando e dove? \_\_\_\_\_

Vi è possibilità di collasso cardiocircolatorio? \_\_\_\_\_

Sono presenti crisi dispnoiche? \_\_\_\_\_

Vi è pericolo di emorragie? \_\_\_\_\_

Sono presenti agitazioni psico - motorie? \_\_\_\_\_

Ha subito intervento chirurgico e per quale malattia? \_\_\_\_\_

Esistono residuati o recidive? Quali? \_\_\_\_\_

Con quali conseguenze? \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Si prega da parte del medico la massima chiarezza nella stesura del presente certificato onde facilitare al medico che accompagnerà il pellegrinaggio il suo intervento in caso di necessità durante il viaggio ed in soggiorno a Lourdes. Grazie.

# NOTIZIE CLINICHE DETTAGLIATE

Diagnosi principale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patologie correlate: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dati anamnestici riguardanti la malattia in corso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sintomatologia soggettiva del malato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esame obiettivo in sintesi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Referti di accertamenti praticati di recente: (se patologici) \_\_\_\_\_

(Radiografia - analisi - biochimiche - batteriologiche - elettrocardiogramma - biopsie, ecc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Terapia domiciliare e da proseguire durante il viaggio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuale terapia d'urgenza durante il viaggio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dieta da seguire \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno se conosciuto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

Suo indirizzo \_\_\_\_\_

**TRATTAMENTO DATI PERSONALI REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 – GDPR**

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

Consapevole che, trattandosi di documentazione personale e anche di natura sanitaria, i dati verranno conservati in archivio per il tempo normativamente previsto,

**AUTORIZZA**

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, del Regolamento UE 2016/679 e del nostro Documento di Conformità dei dati personali, pubblicato nel sito [www.luiginovarese.org](http://www.luiginovarese.org) nella sezione privacy, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio

CONSENSO

DISSENSO

al trattamento dei dati personali forniti.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_