

TRENO

Il treno è composto da carrozze cuccetta e da una carrozza con lettini attrezzati per i casi più gravi.

Può viaggiare in cuccetta?

SI NO

Deve viaggiare in carrozza barellata?

SI NO

AEREO

L'interessato può salire autonomamente la scaletta?

SI NO

Compilato a cura del medico curante

Data _____ Timbro e firma _____

Telefono _____

Firma del Capogruppo _____

Riservato al medico di Sottosezione per presa visione

Data _____ Timbro e firma _____



**U.N.I.T.A.L.S.I. Lombarda Via Labus, 15
20147 Milano Tel. 02/41.21.176**

COMPILARE IN STAMPATELLO

Sottosezione di _____

Pellegrinaggio a Lourdes del _____

Pellegrinaggio a _____ del _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data _____

Indirizzo _____

C.a.p. _____ Città _____ Prov. _____

A.S.L. n. _____ Tessera _____

Tel. _____

In caso di necessità rivolgersi a:

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

C.a.p. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Gruppo _____ Albergo _____

PIEGARE E GRAFFETTARE

**PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE:
RICHIESTA DI NOTIZIE PER PRESA IN CURA TEMPORANEA**

**ATTENZIONE! Compilare tutti i campi.
Non verranno accettati certificati incompleti**

A) Quali sono le patologie da cui il paziente è affetto?*

*Segnalare anche eventuali pregresse crisi convulsive o psicotiche

B) Qual'è la terapia in atto?*(
(indicare farmaci, dosaggio e orari)

**L'ammalato va informato di portare con sé i farmaci di cui fa uso in
quantità adeguata alla durata del viaggio.

C) Può badare alle sue necessità fisiologiche? SI NO

D) Autonomia nella somministrazione dei farmaci? SI NO

E) Usa particolari presidi? SI NO

Quali? _____

F) A Lourdes o a Loreto ha bisogno di assistenza o di presenza
infermieristica continua? SI NO

G) Ha bisogno di rilievi periodici? (esami di laboratorio, pressione arteriosa?)

H) Ha bisogno di cure particolari? (dieta speciale, ossigenoterapia,
medicazioni)

Peso _____ Altezza _____