



2- Patologie concomitanti

- Cardiopatia ischemica cronica  Ipertensione arteriosa  
 Insufficienza renale (Dialisi  Si  No)  Diabete mellito  
 Ulcera peptica  Emia iatale  
 Obesità patologica  Malnutrizione  
 Piaghe da decubito  
 Altre:

3 – Terapia in atto:

- Farmacologica:.....  
 Farmaci inseriti in piano terapeutico ( Si: .....  No)  
 Ossigenoterapia a lungo termine  
 Ventilazione meccanica

4 – Condizioni generali attuali:  Discrete  Mediocri  Scadenti

5 – Paziente autonomo:  Si  No

6 – Tracheostoma:  Si  No

7- Condizione neurocognitiva:  Discreta  Mediocre  Scadente

Timbro e firma del medico proponente:

Recapito telefonico del medico proponente e del reparto di provenienza:

Struttura di provenienza del paziente:

Il presente questionario dovrà essere consegnato o inviato a:

*Casa di Cura Privata Villa Margherita S.r.l. – Istituto San Giuseppe Moscati  
Contrada Piano Cappelle 82100 - Benevento - Tel. 0824/354111 - Fax. 0824/354627*

*Per ulteriori informazioni o chiarimenti rivolgersi ai Medici della divisione:*

*Responsabile: Claudio Di Gioia - Aiuto Dirigente: Giuseppe De Simone*

*Medici: Gabriele Borzillo – Giovanni D’Addio - Antonio Di Sorbo*

PARTE DA COMPILARE A CURA DI VILLA MARGHERITA

DATA DI CONSEGNA ...../...../.....

FIRMA: \_\_\_\_\_

