



FONDAZIONE ROMA

FAC SIMILE

Per l'accesso al Villaggio Emanuele

Modulo di richiesta

Nome _____ Cognome _____

Età ____ Data di nascita __/__/____

Referente familiare _____ Grado di parentela _____

N° tel. referente _____

Diagnosi _____

Effettuata da _____ il __/__/____

Condizioni cliniche di rilievo

Disturbi cognitivi	lieve <input type="checkbox"/>	moderato <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Disturbi comportamentali	lieve <input type="checkbox"/>	moderato <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Disturbi dell'umore	lieve <input type="checkbox"/>	moderato <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Disturbi del linguaggio	lieve <input type="checkbox"/>	moderato <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>
Deambulazione	autonoma <input type="checkbox"/>	con aiuto <input type="checkbox"/>	con ausili <input type="checkbox"/>
Disturbi sensoriali	vista <input type="checkbox"/>	udito <input type="checkbox"/>	
Alimentazione	autonoma <input type="checkbox"/>	con aiuto <input type="checkbox"/>	

Comorbidità _____

Terapia in atto _____

Altro da segnalare _____

Allergie alimentari

Uso di farmaci da banco _____

Firma del richiedente

Firma del familiare (indicare il ruolo e il grado di parentela)

Firma del MMG _____

Telefono del MMG _____

Email del MMG _____

Roma il _____