

DATI PAZIENTE

Nome e Cognome _____ M F

Luogo di Nascita _____

Data _____

Indirizzo _____

Città/stato/CAP _____

Telefono _____

Indirizzo di posta elettronica _____

ASL di Appartenenza _____

DIAGNOSI DI MALATTIA RARA

NOME MALATTIA RARA

DATA DI ESORDIO MALATTIA RARA

CODICE ESENZIONE

ALTRE PATOLOGIE

CONTATTI UTILI

Medico di Base o Pediatra di Libera Scelta

Nome e Cognome _____

Telefono Reparto/Ambulatorio _____

Cellulare _____

Medico di Riferimento per Malattia Rara

Nome e Cognome _____

Telefono Studio-Cellulare _____

Indirizzo di posta elettronica _____

CareGiver

Nome e Cognome _____

Parentela Genitore Coniuge Figlio Altro: _____

Telefono _____

PIANO TERAPEUTICO

Sintesi elenco farmaci e dosaggio _____

Allergie a farmaci e/o alimenti _____

Problemi alimentari e di Deglutizione (dieta macinata, PEG, modalità assunzione liquidi) _____

Protesi, ausili e dispositivi in uso _____
