

- **ASSUNZIONE DI FARMACI** (indicare nome farmaco e posologia)

.....

.....

.....

.....

.....

- **ALLERGIE – INTOLLERANZE**

.....

.....

AUSILI/PRESIDI PER DISABILITA'

Indicare la tipologia, le informazioni utili per l'utilizzo corretto degli ausili

AUSILI NECESSARI		
Sedia a rotelle (inserire se è motorizzata o manuale ed il sistema posturale utilizzato)		
Bastone/ gruccia/tripode		
Arto artificiale		
Cateteri (specificare)		
Stomie (specificare)		
Presidi assorbenti		
Materasso/cuscino antidecubito		
Altro		
ALTRI AUSILI		
Occhiali (specificare gradazione)		

Apparecchi acustici		
Protesi dentarie		
Dispositivi per la scrittura		
Comunicatore fonetico		
Calzature ortopediche		
Altro		