

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data nascita \_\_\_\_\_  
tessera sanitaria \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**RELAZIONE STRUTTURATA (PAZIENTE CON PATOLOGIA COMPLESSA 14°-16° ANNO)**

DATA COMPILAZIONE RELAZIONE:

DIAGNOSI PRINCIPALE

DIAGNOSI SECONDARIE

ESENZIONE TICKET : PATOLOGIA: n° INVALIDITA' :n°  
ANAMNESI PATOLOGICA.

ESAME.OBIETTIVO:

KG CM BMI PA STADIO PUBERALE

ETA' MENARCA : VARICOCELE:   
RACHIDE: SCOLIOSI  GIBBO <5mm 5-10mm > 10 mm

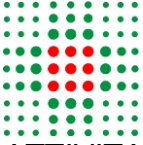
NOTE:

INSERIMENTO SCOLASTICO

commento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PRESENZA DI SOSTEGNO: si  no  NOTE:

\_\_\_\_\_



ATTIVITA' MOTORIA SCOLASTICA (tipo e frequenza) \_\_\_\_\_

ATTIVITA' MOTORIA EXTRA SCOLASTICA  
(tipo) \_\_\_\_\_

FISIOTERAPIA  PSICOMOTRICITA'  LOGOTERAPIA  SUPPORTO NPI

descrizione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

#### CENTRI DI RIFERIMENTO CHE HANNO IN CURA IL PAZIENTE

OSPEDALE/UNIVERSITA' \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_

MEDICO DA CONTATTARE \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_

MEDICO DA CONTATTARE \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_

MEDICO DA CONTATTARE \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

U.O.OSPEDALE\UNIVERSITA' \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_

MEDICO DA CONTATTARE \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

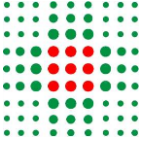
#### PEDIATRIA DI COMUNITA'

MEDICO DA  
CONTATTARE \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

ADI ATTIVATA: SI NO RIFERIMENTO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

ALTRI SERVIZI TERRITORIALI \_\_\_\_\_

MEDICO DA  
CONTATTARE \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_



ALTRO PERSONALE SOCIO- SANITARIO DA CONTATTARE

QUALIFICA \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

FOLLOW UP GIA' PROGRAMMATO:                      SI                      NO  
descrizione: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

RIFERIMENTI DEL PEDIATRIA CURANTE:

DR.

TEL: \_\_\_\_\_ CELL: \_\_\_\_\_ MAIL: \_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE

FIRMA MEDICO CURANTE