

TERAPIA AL BSOGNO	FARMACO	Dosaggio e condizioni

INCONTINENZA

>Tipologia

NO

urinaria

SI

fecale

doppia

UTILIZZO PRESIDI

NO

SI (_____)

Specificare: es. presidi assorbenti, walker etc.

IDONEITÀ ALLA VITA COMUNITARIA

NO

SI

IDONEITÀ AD USCIRE IN AUTONOMIA
DALLA STRUTTURA

NO

SI

MMG _____

DATA __/__/____

FIRMA E TIMBRO
