

DIAFIT- Formulario d'annuncio al programma di prevenzione e riabilitazione per pazienti con diabete

Programma di terapia motoria secondo le direttive GSRC/SAKR e SGED/SSED

Dati paziente:

Nome:	Data di nascita:
Cognome:	Professione:
Via e Nr.:	Cassa malati:
CAP/Paese:	Cellulare:
Tel priv.:	Medico curante:
E-mail:	Medico inviante:

Diagnosi: segnare con una crocetta tutto quanto fa al caso

- Diabete Mellito tipo II
- Diabete Mellito tipo I
- Problemi cardiaci. Se sì quali?
- Malattie croniche. Se sì quali?.....
- Altro:

Fumo: Attivo /Pregresso/ NON fumatore Ipertensione arteriosa: SI/NO

Terapia farmacologica completa:

.....

Altre Informazioni:

.....

Peso Kg.: Altezza cm:..... BMIKg/m2:..... Circonf. Addom.cm:.....

Il Paziente è già seguito da una Dietista NO

SI: allegare rapporto scritto della dietista

Allegare esami di laboratorio comprendenti glicemia, HbA1c, Colesterolo se eseguiti negli ultimi 3 mesi*

Allegare esame di cicloergometria se eseguita negli ultimi 6 mesi*

Data:.....

Timbro e firma del medico:

*Gli esami necessari così come la presa a carico dalla dietista se non forniti o già in essere verranno organizzati dal medico responsabile del percorso DIAFIT

desidero ricevere un feedback a fine percorso da parte del terapeuta via

- Email:
- Telefono:

NON COMPILARE - AD USO INTERNO

	Fornito	Da organizzare
Cicloergometria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annuncio dietista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Labor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Data:

Firma: