

ALLEGATO 4. Facsimile certificato medico curante

Certificato del Medico Curante per l' idoneità sanitaria all'adozione

Il/la sottoscritto/a Dr. _____
Iscritto all'Ordine dei Medici di _____
Medico Curante del/la sig./ra _____ dal _____

DICHIARA

(specificare tutte le patologie attualmente presenti)

Che il sig./ra _____

- | | | |
|--|------|------|
| - è affetto da patologie dell'apparato cardiocircolatorio
se Sì, indicare quali | (Sì) | (No) |
| _____ | | |
| assume terapia
se Sì, indicare quale e in che dosaggio | (Sì) | (No) |
| _____ | | |
| di essere stato ricoverato in ospedale
se Sì, indicare quando e per quanto tempo | (Sì) | (No) |
| _____ | | |
| Per tale patologia è in cura presso | | |
| _____ | | |
| - è affetto da patologie dell'apparato respiratorio
se Sì, indicare quali | (Sì) | (No) |
| _____ | | |
| tubercolosi | (Sì) | (No) |
| assume terapia
se Sì, indicare quale e in che dosaggio | (Sì) | (No) |
| _____ | | |
| di essere stato ricoverato in ospedale
se Sì, indicare quando e per quanto tempo | (Sì) | (No) |
| _____ | | |
| Per tale patologia è in cura presso | | |
| _____ | | |
| - è affetto da diabete
se Sì, specificare se insulinodipendente
compenso glicometabolico | (Sì) | (No) |
| _____ | | |
| complicanze | | |
| _____ | | |
| di essere stato ricoverato in ospedale
se Sì, indicare quando e per quanto tempo | (Sì) | (No) |
| _____ | | |
| Per tale patologia è in cura presso | | |
| _____ | | |

- è affetto da altre patologie endocrine se Sì, indicare quali	(Sì)	(No)	
<hr/>			
assume terapia se Sì, indicare quale e in che dosaggio	(Sì)	(No)	
<hr/>			
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)	
<hr/>			
Per tale patologia è in cura presso			
<hr/>			
- è affetto da patologie psichiche se Sì, indicare quali	(Sì)	(No)	
<hr/>			
assume terapia se Sì, indicare quale e in che dosaggio	(Sì)	(No)	
<hr/>			
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)	
<hr/>			
<hr/>			
- fa/ha fatto uso di sostanze psicoattive		(Sì)	(No)
abuso di alcool	(Sì)	(No)	
uso di stupefacenti	(Sì)	(No)	
uso di sostanze psicotrope	(Sì)	(No)	
se Sì, specificare quali e con che modalità di assunzione			
<hr/>			
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)	
<hr/>			
Per tale patologia è in cura presso			
<hr/>			
- è affetto da patologie del sistema nervoso se Sì, indicare quali	(Sì)	(No)	
<hr/>			
assume terapia se Sì, indicare quale e in che dosaggio	(Sì)	(No)	
<hr/>			
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)	
<hr/>			
<hr/>			
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche se Sì, specificare con che frequenza e quando si è manifestata l'ultima		(Sì)	(No)
<hr/>			
assume terapia se Sì, indicare quale e in che dosaggio	(Sì)	(No)	
<hr/>			
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)	

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie ematologiche (Sì) (No)
se Sì, indicare quali

assume terapia (Sì) (No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio

di essere stato ricoverato in ospedale (Sì) (No)
se Sì, indicare quando

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie autoimmuni (Sì) (No)
se Sì, indicare quali

assume terapia (Sì) (No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio

di essere stato ricoverato in ospedale (Sì) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie infettive (Sì) (No)
se Sì, indicare quali

assume terapia (Sì) (No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio

di essere stato ricoverato in ospedale (Sì) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie gastrointestinali (Sì) (No)
se Sì, indicare quali

assume terapia (Sì) (No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio

di essere stato ricoverato in ospedale (Sì) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da malattie osteoarticolari se Sì, indicare quali	(Sì)	(No)	
<hr/>			
assume terapia se Sì, indicare quale e in che dosaggio	(Sì)	(No)	
<hr/>			
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)	
<hr/>			
Per tale patologia è in cura presso			
<hr/>			
- è affetto da patologie dell'apparato uro-genitale se Sì, indicare quali	(Sì)	(No)	
<hr/>			
assume terapia se Sì, indicare quale in che dosaggio	(Sì)	(No)	
<hr/>			
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)	
<hr/>			
Per tale patologia è in cura presso			
<hr/>			
- è affetto da patologie dell'apparato riproduttivo se Sì, indicare quali	(Sì)	(No)	
<hr/>			
assume terapia se Sì, indicare quale e in che dosaggio	(Sì)	(No)	
<hr/>			
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)	
<hr/>			
Per tale patologia è in cura presso			
<hr/>			
- è affetto da patologie di tipo oncologico	(Sì)	(No)	
assume terapia		(Sì)	(No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio			
<hr/>			
di essere stato ricoverato in ospedale se Sì, indicare quando e per quanto tempo	(Sì)	(No)	
<hr/>			
Per tale patologia è in cura presso			
<hr/>			

Osservazioni clinico-anamnestiche

Tutto ciò premesso

sulla base dei dati anamnestici, clinici e strumentali in mio possesso il/la sig./ra

è esente da patologie fisiche e psichiche croniche o potenzialmente evolutive di tipo invalidante
(SI) (NO)

Data _____

Firma