

U.N.I.T.A.L.S.I.

UNIONE NAZIONALE ITALIANA
TRASPORTO AMMALATI A LOURDES
E SANTUARI INTERNAZIONALI

NID	U.N.I.T.A.L. UNIONE NAZIONALE ITA	Nome		
UNITALS!	TRASPORTO AMMALATI E SANTUARI INTERNAZI		Cognome	
			Data	
Sezione	Sottosezione	di		
Pellegrinaggio a		treno aereo	pullman data /	/
Cognome		Nome		
Luogo di nascita			_ Data	
Indirizzo	,			
CAPCit	ttà	r e	Prov	
Cod. Fiscale				
Tel	C	ell	*	
E-mail				
Accompagnatore:	Familiare	N	on familiare	
Dorme nella stessa st	tanza? SI		NO	0
Cognome		Nome		
Indirizzo				
CAPCi	ttà		Prov	
SPAZIO RISERVATO	O ALLA SEGRETERIA			
Gruppo (in treno)		-	<u></u>	
Centro di accoglienza	1			

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Gruppo (in treno)	 -	
Centro di accoglienza		

ELENCO PATOLOGIE

		11 100						· • • • • • • • • • • • • • • • • • • •						
Fascia	di età	□ 0-5	□ 6-14	□ 15-24	□ 25-34	□ 35-44	□ 45-54	□ 55	5-64	□ 65-69	□ 70	0-79	□ oltre	gli 80
Sesso	ΠМ	□ F	Peso		Regione									
DEA	MBUL	ANTE	SI 🗆	NO 🗆	Uso di s	stampel	le SI □	NO		Carro	zzina		Barella	
1) MAL	ATTIE	INFE	TTIVE				1							
Tuber	colosi			l attiva		□es	siti							
Epatit	е В			l attiva		□ cr	onica 🗆 🗆	comp	licata	(cirrosi,	ascite,	varici	esofag	jee, ec
Epatit	e C			l attiva		□ cr	onica 🛚	comp	licata	(cirrosi,	ascite,	varici	esofag	jee, ec
AIDS				l in fase at	tiva	□ sc	lo sieropos	sitività a	asinto	matica				
☐ Hei	rpes Zo	ster		Altro										
2) NEO	PLAS	IE												
Sede								×		Metastas	si			
trattam chirurg	iento jico 🗆	SI 🗆 N	10	Data int	ervento		trattament chemiotera		□ SI	□ NO	D	ata term	ine chem	ioterania
0) 5/10/1	A TTIE								٠			ata torrin	110 0170117	юютаріа
					LA COA									
		za midolla		Leucemia		□ Ar								
		lle piastr		Tromboci			eloma							
Diletti	Coagul	azione	□ Primi	itivi 🔲 T	Frattamento	anticoa	gulante d	quale						
Altro								□ Attu	ale			Pregr	essa	
4) MAL	ATTIE	ENDO	CRINE	METAB	OLICHE								•	
□ Mal	attie de	lla tiroide	•											
□ Mal	attie ipo	fisarie	□ Mala	attie surrer	nali									
Diabet	te			□ tipo	1	□ In t	rattamento	con ar	ntidiab	etici ora	li			
Compe	ensato	□ SI	□ NO	□ tipo	II .	□ In t	rattamento	con in	sulina					
Altro				-										
) MAL	ATTIE	PSICH	IIATRIC	CHE						GF	RADO	Ιロ	пП	III [
□ Rita	ırdo mei	ntale		Depress	sione	□ Sir	dromi fobio	che [] Dist	urbi del (compo	rtame	nto alim	nentare
□ Dist	urbo ge	neralizza	ato dello	sviluppo		□ Ps	cosi			endenza			□ Aut	
□ Den	nenza s	enile		Schizofrer	nia	Altro								
) MAL	ATTIE	NEUR	OLOGI	CHE						GF	RADO	Ι□	Π□	III
☐ Scle	erosi mu	ıltipla		SLA		□ Esi	ti di poliome	elite [⊐ M. c	di Alzheir	ner			
□ M. d	li Parkin	ison		Esiti di ictu	us cerebrale					ropatie į		iche		
☐ Mias	stenia			Epilessia			raparesi				_ , • 11			
Altro														

7) MALATTIE DELL'APPARATO	O NEUROSENSORIALE	10794									
☐ Ipovisione grave ☐ Cecità	☐ Glaucoma ☐ Ipoacusia gra	ave □ Sordità									
Altro											
) MALATTIE DEL SISTEMA CA	ARDIOVASCOLARE										
☐ Valvulopatie	tipologia										
☐ Cardiopatie congenite	tipologia										
☐ Protesi valvolare	uporogia										
☐ Cardiopatia ischemica	☐ Ipertensione arteriosa										
□ Aritmie	tipologia										
☐ Scompenso cardiaco	☐ Flebiti-Tromboflebiti										
☐ Angioplastica	Altro										
	,										
) MALATTIE DELL'APPARATO											
□ BPCO	□ Asma	☐ Monopolmonite									
☐ Insufficienza respiratoria cronica	☐ Patologie ostruttive del sonno	El Ocatación									
☐ Pleurite	☐ In Ventilazione	☐ Costante ☐ Notturna									
Altro		Li Nottuma									
0) MALATTIE DELL'APPARAT	O DIGERENTE										
□ GERD	☐ Ulcera gastrica / duodenale	☐ Pancreatite cronica									
☐ M. di Crohn	☐ Colite ulcerosa	☐ Diverticolosi del colon									
☐ Celiachia	Altro										
	*										
1) MALATTIE DERMATOLOGI											
☐ Infezioni cutanee ☐ Malattie	bollose	ria									
Quale		☐ In Trattamento									
2) MALATTIE DEL TESSUTO (CONNETTIVO ED OSTEOMUS	COLARE GRADO ID IID II									
LES	☐ Sclerodermia	☐ Dermatomiosite									
☐ Artriti	□ A.R.	□ Artrosi									
☐ Discopatie	☐ Stenosi del canale vertebrale	☐ Osteomieliti									
☐ Osteoporosi	Altro										
3) MALATTIE DELL'APPARAT	O GENITO-LIDINADIO										
•	☐ in trattamento con DIALISI	□ Malattio voscicali									
☐ IRC (Insuff. renale cronica)☐ Sindrome nefrosica	☐ Glomerulonefrite cronica	☐ Malattie vescicali☐ Ipertrofia prostatica Benigna									
Altro		- iportiona prostatica benigna									
(4) MALATTIE GENETICHE											
☐ Spina bifida	☐ Idrocefalia	☐ Microcefalia									
*	Altro										
☐ S. di Down	AILTO										

PRESCRIZIONE MEDICINALI E MODO DI SOMMINISTRAZIONE

(SI RACCOMANDA LA REDAZIONE IN STAMPATELLO)

•	Qual'è la terapia in atto?*	(indicar	e farr	naci,	dosa	ggio (e orai	i)										
N	ome				Cog	gnor	ne _											
С	entro Accoglienza																	
S	ala									-				ď				
		TONO													1920			
	- [⊒SI E	J NC) [CO	N A	cco	MPA	AGN.	ATC	RE							
	Nome della		_	GIOR	·		ONDO	-			RZO		-	QUARTO GIORNO				
-	medicina	h 8	h 12	h18	h 24	h 8	h 12	h18	h 24	h 8	h 12	h18	h 24	h 8	h 12	h18	h 24	
	·																	
-																	5	
	2 4																	
	Nome della			GIOF	_		STO	,		-	TIMO		_		TAVO			
-	medicina	h 8	h 12	h18	h 24	h 8	h 12	h18	h 24	h 8	h 12	h18	h 24	h 8	h 12	h18	h 24	
	45.0																	
-			8															
-	2																	

^{**} L'ammalato va informato di portare con se i farmaci e i presidi anche elettromedicali di cui fa uso nella quantità adeguata alla durata del viaggio e di curarne l'assunzione nei tempi e nei modi corretti (compresa ossigenoterapia).

•	Può andare al bagno da solo? SI NO
•	È autonomo nell'assunzione dei farmaci? SI NO
•	Usa particolari presidi? SI NO
•	se si quali?
•	Ha bisogno di cure particolari? (dieta speciale, medicazioni, esami di laboratorio, dialisi) specificare:
•	Ossigenoterapia? SI NO
•	Modalità e quantità
•	Allergie ai farmaci
•	Intolleranze alimentari
•	Può viaggiare in aereo? SI NO
Dat	Timbro e firma del medico
Nur	mero telefonico, email del medico curante:
_	
Cor	nfermato il
Firn	na del medico

UNITALSI, nell'effettuare il trattamento dei dati personali ivi raccolti, rispetta quanto previsto dall'art.9, par. 2, lett. c) del Regolamento UE 2016/679 coerentemente all'informativa presente su https://www.unitalsi.it/privacy

RISERVATO AL RESPONSABILE DELLA SOTTOSEZIONE O DEL GRUPPO

•	Cammina? SI NO Parla? SI NO
•	Ha bisogno di essere accompagnato? SI NO
•	Ha bisogno della carrozzina? SI NO Propria? SI NO Elettrica?
•	Usa altri presidi ortopedici?
•	Ha difficoltà con la vista? SI NO
•	PesoStaturaBMI=peso/statura ²
•	GIR (indice di accudimento) 1 2 3 4 5 6 per niente autonomo autonomo
	IN TRENO E PULLMAN
	Può rimanere seduto tutto il giorno? SI NO NO
	Deve viaggiare in barella? SI NO NO
	Tipologia carrozzina: Dimensioni cm Può salire le scale? Si No Viaggia con carrozzina propria? Si No Rigida Pieghevole Elettrica *AEREO: specificare se il socio in carrozzina è: WCHC (Socio immobile. Con carrozzina propria) WCHR (Socio che deambula. Con carrozzina propria) WCHS (Socio che deambula alma all'interno dell'Aereo. Con carrozzina dell'aereoporto)
	IN AEREO
•	Può salire autonomamente la scaletta? SI NO
•	È autorizzato al viaggio in aereo? SI NO
	N CASO DI NECESSITÀ RIVOLGERSI A:

PRESCRIZIONE MEDICINALI E MODO DI SOMMINISTRAZIONE

(SI RACCOMANDA LA REDAZIONE IN STAMPATELLO)

Qual'è la terapia in atto?* (i	ndica	re far	maci	, dosa	aggio	e ora	ari)	k								
Nome Cognome																
Centro Accoglienza																
Sala																
AUTO		MIA	NEL	L'AS	SSU	NZI	ONE	DEI	FAF	RMA				e e		*
Nome della	THE REAL PROPERTY.	RIMO					O GIC				GIOF		QUARTO GIORNO			
medicina	h 8	h 12	h18	h 24	h 8	h 12	h18	h 24	h 8	h 12	h18	h 24	h 8	h 12	h18	h 24
		T			-											
Nome della	Nome della QUINTO GIORNO SESTO GIORNO SETTIMO GIORNO											ОТ	TAVO	GIOF	RNO	
medicina	h 8	h 12	h18	h 24	h 8	h 12	h18	h 24	h 8	h 12	h18	h 24	h 8	h 12	h18	h 24
*																
													-			
								e.								

Si prega di strappare e consegnare alla Caposala

^{**} L'ammalato va informato di portare con se i farmaci e i presidi anche elettromedicali di cui fa uso nella quantità adeguata alla durata del viaggio e di curarne l'assunzione nei tempi e nei modi corretti (compresa ossigenoterapia).