Allegato 3b

Scheda riassuntiva del PAI per la consulenza specialistica

Sig. / Sig.ra _____, nato/a a_____ il _____

Codice fiscale _____

Motivo della Consulenza _____

Condizioni croniche rilevanti

1) _____ 4) _____

2) _____ 5) _____

3) _____ 6) _____

RCV (Carte Rischio Italiane) _____% BMI attuale_____ Circonferenza Vita _____ PA abituale _____

Terapia farmacologica cronica in corso

1) _____ 4) _____

2) _____ 5) _____

3) _____ 6) _____

Intolleranze a farmaci_____

Misure comportamentali suggerite

Alimentazione_____

_____

_____

Att.fisica / socializz._____

_____

_____

Fumo/alcool_____

Piano dei controlli periodici

Medicina generale

Tipo di controllo	*Periodicità*	*Tipo di controllo*	*Periodicità*

Diagnostici/specialistici

Tipo di controllo	*Periodicità*	*Tipo di controllo*	*Periodicità*

Il medico di famiglia _____ Data _____