

**CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO
ACCERTAMENTO DELL'IDONEITA' PSICO-FISICA ALL'ASSEGNAZIONE E AFFIDAMENTO
DI CANE GUIDA PER CIECHI**
(da redigere dal medico curante)

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome:

Unità sanitaria locale n......

Nome:

Regione.....

Data e luogo di nascita:

Numero tesserino assistito

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Professione:

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ MALATTIE INFETTIVE
(se SI quali.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
(se SI quali.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ MALATTIE DELL'APPARATO GASTROENTERICO
(se SI quali.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ MALATTIE DELL'APPARATO CARDIO VASCOLARE
(se SI quali.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ DIABETE
(se SI specificare se insulinodipendente.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ MALATTIE DELLE ghiandole ENDOCRINE
(se SI quali.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ MALATTIE NEUROLOGICHE
(se SI quali.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ EPILESSIA O CRISI EPILETTICHE
(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ TURBE E/O MALATTIE PSICHICHE
(se SI quali.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ MALATTIE DELL'APPARATO UROGENITALE
(se SI quali.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ MALATTIE NEOPLASTICHE
(se SI quali.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ ALTRO
(se SI specificare.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ INTERVENTI CHIRURGICI
(se SI specificare.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ USO DI FARMACI PSICOTROPI (sonniferi,tranquillanti,antidepressivi,etc.)/ABUSO DI SOSTANZE
ALCOLICHE /USO DI STUPEFACENTI
(se SI quali.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ TERAPIE FARMACOLOGICHE IN ATTO
(se SI quali.....) | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ INVALIDITA' RICONOSCIUTE: ☐ CIVILE (al.....%), ☐ DEL LAVORO , ☐ DI SERVIZIO ,
☐ DI GUERRA , ☐ CIECO CIVILE , ☐ SORDOMUTO , ☐ HANDICAP.
(se SI per quali.....) | | |
| ☐ CONDIZIONI SENSORIALI : ☐ (se presenti ulteriori menomazioni –diverse dai problemi visivi relative
agli altri sensi (uditivi, olfattivi, deambulatori,ecc.) specificare quali:
(.....) | | |

(Luogo e data del rilascio)

.....

In fede, il medico

.....

In fede, il dichiarante

.....