



REGIONE AUTONOMA
DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA
DELLA SARDEGNA



ASL Mediocampidano
Azienda socio-sanitaria locale

SCHEDA INIZIALE GRUPPO DI CAMMINO

GRUPPO DEL COMUNE DI: _____

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____

PATOLOGIE PREGRESSE		
UTILIZZO MEDICINALI		
INSULINA	SI	NO
SE SI, A CHE ORA E QUANTE VOLTE AL GIORNO		
CARDIOASPIRINA	SI	NO
SE SI, A CHE ORA E QUANTE VOLTE AL GIORNO		
BETA-BLOCCANTI	SI	NO
SE SI, A CHE ORA E QUANTE VOLTE AL GIORNO		
ALTRI FARMACI ASSUNTI		
SE SI, A CHE ORA E QUANTE VOLTE AL GIORNO		
FRATTURE PREGRESSE	SI	NO
SE SI, INDICARE QUANDO E DOVE		