

## CERTIFICATO PER L'IDONEITÀ SANITARIA ALL'ADOZIONE

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_,  
iscritto/a all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ e curante del/della  
sig./sig.ra \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_,

### DICHIARA

che il/la suddetto/a paziente (cancellare l'opzione indesiderata):

- è affetto/non è affetto da patologie dell'apparato cardiocircolatorio

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e  
patologia/e: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- è affetto/non è affetto da patologie dell'apparato respiratorio

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e  
patologia/e: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- è affetto/non è affetto da patologie del sistema endocrino (in particolare diabete)

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- è affetto/non è affetto da patologie ematologiche

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- è affetto/non è affetto da patologie autoimmuni

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- è affetto/non è affetto da patologie infettive

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- è affetto/non è affetto da patologie gastrointestinali

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- è affetto/non è affetto da patologie osteoarticolari

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- è affetto/non è affetto da patologie dell'apparato uro-genitale

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- è affetto/non è affetto da patologie dell'apparato riproduttivo

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e  
patologia/e: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- è affetto/non è affetto da patologie neoplastiche

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e  
patologia/e: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- è affetto/non è affetto da patologie del sistema nervoso (in particolare crisi epilettiche)

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e  
patologia/e: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- è affetto/non è affetto da patologie psichiche

Se sì, indicare quale/i: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Per tale patologia è in cura presso \_\_\_\_\_.

- fa/ha fatto uso di sostanze psicoattive

Se sì, specificare quali (es.: alcool, stupefacenti, sostanze psicotrope) e con che modalità di assunzione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questo/i suo/suoi abuso/i: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Per tale/i dipendenza/e è in cura presso \_\_\_\_\_.

Eventuali osservazioni clinico-anamnestiche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Tutto ciò premesso, sulla base dei dati anamnestici, clinici e strumentali in mio possesso, il/la paziente in esame (cancellare l'opzione indesiderata) è/non è esente da patologie fisiche e psichiche croniche o potenzialmente evolutive di tipo invalidante.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

(timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_