

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:

- **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 **è/non** è esente da patologie fisiche e psichiche croniche o potenzialmente evolutive di tipo invalidante.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)
