

## Persone da avvertire in caso di emergenza / bisogno

Nome e Cognome:		
Parentela:		
Indirizzo:		
Telefono abitazione:	Cellulare:	
E-mail:		

Nome e Cognome:		
Parentela:		
Indirizzo:		
Telefono abitazione:	Cellulare:	
E-mail:		

Nome e Cognome:		
Parentela:		
Indirizzo:		
Telefono abitazione:	Cellulare:	
E-mail:		

### Hai animali in casa?

SI  - NO

Se sì, che tipo di animale?

Chi può occuparsene in caso di bisogno?

### Hai un testamento biologico?

SI  - NO

Se sì, dove lo tieni?

Altro

Tutte le informazioni sono corrette e sono state compilate dal sottoscritto.

Mi è noto che è di massima importanza tenere sempre aggiornate tutte le informazioni che mi riguardano

Firma

Data

## INFORMAZIONI SUL BARATTOLO DI EMERGENZA LIONS



Il barattolo di emergenza Lions viene consegnato a persone anziane e/o disabili che vivono a casa sole.

Poiché una persona con gravi problemi di salute non sempre riesce a rispondere alle domande dei soccorritori, il barattolo contiene tutte le informazioni personali necessarie in caso di emergenza.

**L'informazione immediata fa risparmiare tempo**

e

**il tempo salva la vita!**

**Partecipa al progetto!**

Compila le pagine di questo formulario, per favore a penna e in stampatello, con data e firma. Inserisci anche una Tua fotografia.

Ripiega il formulario con la foto e inseriscili nel contenitore d'emergenza.

Quindi riponi il barattolo Lions nel frigorifero (ben visibile nella parte interna della porta) e metti un'etichetta sulla parte esterna del frigo e una (esterna) sulla porta di casa.



Ti preghiamo anche di compilare un secondo formulario con fotografia se con te vive un'altra persona anziana.

**Il barattolo d'emergenza Lions**

-

**Metti al sicuro la tua salute.**



### Dati Personali

Genere:            M             F

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Indirizzo:

Città:

Telefono abitazione  Cellulare

### Dati anamnestici - malattie importanti

#### Hai informazioni per i soccorritori?

Intolleranza a farmaci	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Intolleranze alimentari	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Protesi dentarie	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Protesi acustiche	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Protesi al ginocchio	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Protesi all'anca	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Protesi valvola cardiaca	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Pace Maker	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Defibrillatore impiantato	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>

### Medico Curante

Nome.

Indirizzo dello Studio

Telefono  Cellulare

#### Hai avuto le seguenti malattie

Infarto	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	Aritmia	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Ipertensione	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	Diabete	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Polmonite	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	Enfisema	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Bronchite cronica	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	Malattie allergiche	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Parkinson	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	Demenza senile	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Ictus	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	Epilessia	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Sclerosi multipla	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	Malattie dei reni	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
HIV	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	Epatite	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Tumore	SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>		

### Ricevi assistenza da:

Servizio privato/badante/infermiere

Nome

Recapito

Telefono

Servizio di assistenza (Comune/ASL)

Recapito

Telefono Ufficio

#### Quali medicine utilizzi

#### Dove vengono conservati i medicinali?