



U.N.I.T.A.L.S.I.

UNIONE NAZIONALE ITALIANA
TRASPORTO AMMALATI A LOURDES
E SANTUARI INTERNAZIONALI

Sezione _____ Sottosezione di _____

Pellegrinaggio a _____ treno aereo pullman data ____ / ____ / ____

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

A.S.L. N. _____ Cod. Fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

Accompagnatore: Familiare Non familiare

Dorme nella stessa stanza? SI NO

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Gruppo (in treno) _____

Centro di accoglienza _____

Albergo _____

Piegare e graffettare

ELENCO PATOLOGIE

DEAMBULANTE SI NO Uso di stampelle SI NO Carrozzina Barella

1) MALATTIE INFETTIVE

Tubercolosi attiva esiti
Epatite B attiva cronica complicata (cirrosi, ascite, varici esofagee, ecc.)
Epatite C attiva cronica complicata (cirrosi, ascite, varici esofagee, ecc.)
AIDS in fase attiva solo sieropositività asintomatica
 Herpes Zoster Altro

2) NEOPLASIE

Sede Metastasi
trattamento chirurgico SI NO trattamento chemioterapico SI NO In remissione SI NO

3) MALATTIE DEL SANGUE E DELLA COAGULAZIONE

Insufficienza midollare Leucemia Anemia
 Malattie delle piastrine Trombocitopenia Mieloma
Difetti Coagulazione Primitivi Trattamento anticoagulante quale
Altro

4) MALATTIE ENDOCRINE METABOLICHE

Malattie della tiroide
 Malattie ipofisarie Malattie surrenali
Diabete tipo I In trattamento con antidiabetici orali
 tipo II In trattamento con insulina
Altro

5) MALATTIE PSICHIATRICHE

Ritardo mentale Depressione Sindromi fobiche Disturbi del comportamento alimentare
 Disturbo generalizzato dello sviluppo Psicosi Dipendenza da droghe
 Demenza senile Schizofrenia Altro

6) MALATTIE NEUROLOGICHE

Sclerosi multipla SLA Esiti di poliomelite M. di Alzheimer
 M. di Parkinson Esiti di ictus cerebrale Paraplegia Neuropatie periferiche
 Miastenia Epilessia Tetraparesi
Altro

7) MALATTIE DELL'APPARATO NEUROSENSORIALE

Ipvisione grave Cecità Glaucoma Ipoacusia grave Sordità
Altro

8) MALATTIE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE

Valvulopatie

tipologia

Cardiopatie congenite

tipologia

Protesi valvolare

Cardiopatia ipertensiva

Cardiopatia ischemica

Ipertensione arteriosa

Aritmie

tipologia

Scompenso cardiaco

Flebiti-Tromboflebiti

Altro

9) MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

BPCO

Asma

Insufficienza respiratoria cronica

Patologie ostruttive del sonno

Pleurite

Altro

10) MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

GERD

Ulcera gastrica / duodenale

Pancreatite cronica

M. di Crohn

Colite ulcerosa

Diverticolosi del colon

Celiachia

Altro

11) MALATTIE DERMATOLOGICHE

Infezioni cutanee

Malattie bollose

Dermatiti

Orticaria

Altro

12) MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO ED OSTEOMUSCOLARE

LES

Sclerodermia

Dermatomiosite

Artriti

A.R.

Artrosi

Discopatie

Stenosi del canale vertebrale

Osteomieliti

Osteoporosi

Altro

13) MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO

IRC (Insuff. renale cronica)

in trattamento con DIALISI

Sindrome nefrosica

Glomerulonefrite cronica

Ipertrofia prostatica Benigna

Altro

14) MALATTIE GENETICHE

Spina bifida

Idrocefalia

Microcefalia

S. di Down

Altro

Sesso M F

Regione

Fascia di età 0-5 6-14 15-24 25-34 35-44 45-54 55-64 65-69 70-79 oltre gli 80

RISERVATO AL RESPONSABILE DELLA SOTTOSEZIONE O DEL GRUPPO

- Cammina? SI NO Parla? SI NO
- Ha bisogno di essere accompagnato? SI NO
- Ha bisogno della carrozzina? SI NO Propria? SI NO Elettrica?
- Usa altri presidi ortopedici? _____
- Ha difficoltà con la vista? SI NO
- Peso _____ Statura _____ BMI=peso/statura² _____
- GIR (indice di accudimento) 1 2 3 4 5 6

IN TRENO E PULLMAN

- Può rimanere seduto tutto il giorno? SI NO
- Deve viaggiare in barella? SI NO

IN AEREO

- Può salire autonomamente la scaletta? SI NO
- È autorizzato al viaggio in aereo? SI NO

FIRMA DEL MEDICO DI SEZIONE PER PRESA VISIONE

in data _____ Firma _____

IN CASO DI NECESSITÀ RIVOLGERSI A:



Presidenza Nazionale
Via della Pigna, 13/a
00186 Roma (RM)
www.unitalsi.it

● Può andare al bagno da solo? SI NO

● È autonomo nell'assunzione dei farmaci? SI NO

● Usa particolari presidi? SI NO

● se si quali? _____

● ha bisogno di assistenza sanitaria continua? SI NO

● se si quale? _____

● Ha bisogno di cure particolari? (dieta speciale, medicazioni, esami di laboratorio, dialisi) specificare:

● Ossigenoterapia? SI NO

● Modalità e quantità _____

● Allergie e/o intolleranze _____

● Può viaggiare in aereo? SI NO

Data _____

Timbro e firma del medico

Numero telefonico, email del medico curante: _____
