

GIOCHI INVERNALI TRAPIANTATI E DIALIZZATI

IX TROFEO FRANCA PELLINI – V TROFEO ELIO CECCON

Chiesa in Valmalenco, 28 gennaio/4 febbraio 2018

Certificato Medico da inviare entro il 26 Gennaio 2018

Cognome		Nome
Sesso (M/F):	Data di nascita	Luogo di nascita
Abitante a:		
Via	numero	
Tel.	Cell.	E-mail

<u>ORGANO/I TRAPIANTATO/I</u>					
Rene <input type="checkbox"/>	Cuore <input type="checkbox"/>	Polmone <input type="checkbox"/>	Fegato <input type="checkbox"/>	Pancreas <input type="checkbox"/>	Midollo <input type="checkbox"/>
da cadavere <input type="checkbox"/>		da vivente <input type="checkbox"/>	donatore parente <input type="checkbox"/> estraneo <input type="checkbox"/>		
Data del trapianto		Centro Trapianti di			
Altezza (cm)	Peso (kg)	Gruppo Sanguigno			
HB	Pressione	Hbs Ag	Hcv		
Diabete	Creatinina	Bilirubina (indicare i risultati degli ultimi esami)			
Angiografia					
Terapia					
Allergie:					
Dieta particolare:					
Problemi medici da segnalare:					

Cognome e Nome del Medico:
Telefono Medico:
data __/__/__
Firma medico _____

--

Timbro Ospedale

Si ricorda ai partecipanti di fare una fotocopia da portare a Chiesa in Valmalenco.