

GIOCHI INVERNALI TRAPIANTATI E DIALIZZATI

X TROFEO FRANCA PELLINI – VI TROFEO ELIO CECCON

Chiesa in Valmalenco – 27 gennaio/3 febbraio 2019

Certificato Medico da inviare entro il 26 Gennaio 2019

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	
		<i>(indicare i risultati degli ultimi esami)</i>	
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.