

VagaMondi 2017

SCHEDA SANITARIA

Cognome e Nome del minore data di nascita/...../.....

Residente in via N.....

Comune di Provincia CAP

Telefono e-mail

Eventuale altro recapito o numero utile

ANAMNESI

MALATTIE ESANTEMATICHE ALTRE

MORBILLO
PAROTITE

VARICELLA
PERTOSSE

ROSOLIA
DIFTERITE

SCARLATTINA

ALLERGIE:

ALIMENTARI (in caso di diete speciali specificare gli alimenti vietati).....

.....

FARMACOLOGICHE (In caso di allergie farmacologiche, specificare i farmaci alternativi a quelli in causa)

.....

VARIE (pollini, graminacee, polveri, muffe, veleno insetti, etc).....

.....

TERAPIE IN CORSO.....

.....

.....

.....

.....

.....

VACCINO DESENSIBILIZZANTE

.....

.....

PATOLOGIE IN ATTO

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO: SI NO

in modo particolare

ASMA BRONCHIALE TERAPIE IN CORSO

TONSILLITI FREQUENTI TERAPIE IN CORSO.....

MALATTIE DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO: SI NO

in modo particolare

TERAPIA

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: SI NO

in modo particolare

TERAPIA

MALATTIE DEL SISTEMA URO-GENITALE: SI NO

in modo particolare

TERAPIA

ERNIE ATTUALI O PREGRESSE

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE: SI NO

in modo particolare

TERAPIA

MALATTIE DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO: SI NO

in modo particolare

TERAPIA

MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE: SI NO

in modo particolare

TERAPIA

MALATTIE DELLA PELLE: SI NO

in modo particolare

TERAPIA

ECTOPARASSITOSI

INTERVENTI CHIRURGICI:

ALTRE NOTIZIE SANITARIE UTILI

.....
.....
.....

EVENTUALI ALTRE TERAPIE IN CORSO

.....
.....
.....

ESAME OBIETTIVO GENERALE

.....
.....
.....

Il/la minore non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precluderne l'ammissione.

Il/la minore è esente da patologie incompatibili con la vita di comunità.

DATA/...../.....

TIMBRO CON CODICE E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE

Qualifica: (Medico di medicina generale) - (Pediatra di libera scelta) (Medico A.S.L. di residenza)