

SCHEDA SANITARIA

(da compilarsi a cura del medico)

Cognome	Nome
Luogo e data di nascita	Residenza e/o domicilio
Cellulare	Telefono
E-mail	Medico curante e numero di telefono

MALATTIE PREGRESSE

1. Morbillo	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
2. Parotite	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
3. Pertosse	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
4. Rosolia	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
5. Varicella	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No

ALLERGIE

1. FARMACI	<input type="radio"/> Sì (specificare quali) _____	<input type="radio"/> No
2. POLLINI	<input type="radio"/> Sì (specificare quali) _____	<input type="radio"/> No
3. POLVERI	<input type="radio"/> Sì (specificare quali) _____	<input type="radio"/> No
4. MUFFE	<input type="radio"/> Sì (specificare quali) _____	<input type="radio"/> No
5. PUNTURE INSETTI	<input type="radio"/> Sì (specificare quali) _____	<input type="radio"/> No
6. ALTRO	<input type="radio"/> Sì (specificare quali) _____	<input type="radio"/> No
7. INTOLLERANZE ALIMENTARI DIETE ED ALTRO	<input type="radio"/> Sì (specificare quali) _____	<input type="radio"/> No
8. CURE MEDICHE IN CORSO	<input type="radio"/> Sì (specificare quali) _____	<input type="radio"/> No

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 e firma del medico curante

SCHEDA VACCINAZIONI

(compilare il modulo sottostante o allegare copia del libretto vaccinazioni)

E' stato effettuato un ciclo completo delle seguenti vaccinazioni?

(Se no, annotare la data dell'ultimo richiamo)

			1a DOSE	2a DOSE	3a DOSE	RICHIAMI
Antitetanica	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Antidifterica	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Antipoliomelitica	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Antiepatite B	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Antimorbillosa	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Antitifica orale	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Anti-emofilo	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Parotite	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Rosolia	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Pertosse	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Altre (specificare) _____			__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__

AVVERTENZE

Le presenti informazioni vengono fornite alla Cooperativa sociale che svolgerà il servizio, affinché possa trattarle durante e per la partecipazione del minore al soggiorno.

DATA

Timbro e firma del medico curante
