

SCHEDA SANITARIA PER MINORI

/

Cognome Nome

/

Luogo e data di nascita Nazionalità

--

Residenza/indirizzo/telefono

/ /

Medico curante Libretto sanitario n° AUSL

MALATTIE PREGRESSE

morbillo	si	no	Non so	vaccinato	si	no
parotite	si	no	Non so	vaccinato	si	no
pertosse	si	no	Non so	vaccinato	si	no
rosolia	si	no	Non so	vaccinato	si	no
varicella	si	no	Non so	vaccinato	si	no

ALLERGIE

<i>Specificare</i>
Farmaci
Pollini
Polveri
muffe
alimenti
Additivi, conservanti
Punture di insetti

Altro _____

Patologie in atto _____

Terapie in atto _____

Dieta speciale _____

Sintesi dell'esame medico e giudizio sanitario _____

Data

Firma e timbro del Medico curante

VACCINAZIONI

compilare la seguente scheda o allegare copia del libretto delle vaccinazioni

E' stato effettuato un ciclo completo delle seguenti vaccinazioni?

Se *no* annotare la data dell'ultimo richiamo:

Antitetanica	sì	no	
Antidifterica	sì	no	
Antipoliomielitica	sì	no	
Antiepatite B	sì	no	
Antimorbillosa	sì	no	
Antitifida orale*	sì	no	

* quando richiesta

Data dell'ultimo test tubercolinico, se effettuato con esito

La/il minore non presenta sintomi di malattie infettive e/o trasmissibili.

Non sono a me noti né vengono riferiti da parte dei genitori o di chi ne fa le veci contatti con soggetti affetti da malattie infettive e/o trasmissibili tali da controindicare l'ammissione della/del minore in collettività.

Data	Timbro e firma del medico
------	---------------------------

NOTIZIE SANITARIE RELATIVE AL SOGGIORNO TEMPORANEO

Centro _____ sito _____

Dal _____ al _____

Data

Firma e timbro del Medico del soggiorno