

SCHEDA MEDICA PERSONALE

COGNOME	NOME	M	F
NATO A	IL		
RESIDENTE A			
VIA	CAP	PROV.	
TEL	E-MAIL		
Codice fiscale			
USL di appartenenza			

Gruppo sanguigno e fattore Rh		
È mestrata?	Sì	NO
È vaccinato/a per :		
Difterite	Sì	NO
Tetano	Sì	NO
Epatite A	Sì	NO
Epatite B	Sì	NO
Altro:	Sì	NO
Altro:	Sì	NO
Soffre di malattie metaboliche ?	Sì	NO
Descrivere:		
Soffre di malattie cardiache?	Sì	NO
Descrivere:		

Soffre di disturbi all'apparato respiratorio?	Sì	NO
Descrivere:		
Soffre di disturbi all'apparato digerente?	Sì	NO
Descrivere:		
Soffre di malattie croniche di altro tipo?	Sì	NO
Descrivere:		

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riaccutizzazione delle patologie di cui sopra?		
Soffre di allergie?	Sì	NO
Di che tipo?		
A farmaci quali? (elencare le molecole)		
A pollini quali?		
A alimenti quali?		
Altro? (descrivere)		
Deve praticare particolari diete alimentari?	Sì	NO

Descrivere:			
Della dieta alimentare particolare dovranno comunque essere avvisati i capi.			
Dovrà assumere farmaci?	Sì	NO	
Quali? (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)			
Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria			
Anno di compilazione:		rinnovata nel:	
Medico curante: dott.			
Studio:			
Recapiti telefonici:			

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. La scheda verrà custodita dai capi reparto e dall'infermiere di squadriglia.

Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.

Data:	Firma di uno dei genitori
-------	---------------------------

- 1) In caso di malattie croniche, allegare copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.
- 2) Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai capi reparto i farmaci necessari in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del ragazzo, con allegata la prescrizione medica e la posologia del farmaco.

ALLEGARE QUI SOTTO UNA COPIA DELLA TESSERA SANITARIA