

Regione: _____

Azienda USL: _____

Distretto: _____

cognome

nome

nato/a a: _____

il: /__/__/

residente a: _____

via _____

Tel: _____

Esame obiettivo generale

Malattie pregresse

- morbillo
 - parotite
 - pertosse
 - rosolia
 - varicella
 - scarlattina
 - altro: _____
- _____

Allergie

(specificare il tipo)

- farmaci _____
- _____
- pollini _____
- _____
- polveri _____
- _____
- muffe _____
- _____
- alimenti _____
- _____
- veleno insetti _____
- _____
- altro: _____
- _____

Patologie in atto

- _____

ectoparassitosi _____

Terapie in corso

Segue allegato A

(specificare farmaci e posologia)

Dieta speciale

(specificare alimenti vietati)

Apparecchi protesici e/o altri ausili

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 precludere l'ammissione dello/a stessa/a in comunità

Vaccinazioni eseguite

	I dose	II dose	III dose
DT	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	
DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	
polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	
antiepatite B			
MPR	___/___/___	___/___/___	___/___/___
morbillo	___/___/___	___/___/___	
parotite	___/___/___		
rosolia	___/___/___		
haemophilus b	___/___/___	___/___/___	___/___/___
altre (specificare)	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___	___/___/___



Le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”. Titolare del trattamento è l’Opera per la Gioventù “Giorgio La Pira”. Per le modalità di trattamento vedere l’informativa consegnata in allegato alla presente.

Allegato A
Alla Circolare
Ministero Sanità
n° 6 del 20/4/2000

**SCHEDA SANITARIA
PER MINORI
OSPITI
DI SOGGIORNI
DI VACANZA**

Medico compilatore

Qualifica:

Medico di medicina generale

Pediatra di libera scelta

Medico USL di residenza

Codice sanitario reg. _____

DATA DI COMPILAZIONE ___/___/___

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione