

SCHEDA SANITARIA DEL MINORE

(all. 2)

(Le informazioni contenute nella presente scheda, saranno trattate in conformità a quanto previsto dal d.lgs. n. 196/2003)

| | |
|---|-------------------------|
| REGIONE _____ ASL _____ | |
| COGNOME: _____ NOME: _____ | |
| NATA/O A: _____ IL: _____ / _____ / _____ | |
| RESIDENTE A: _____ VIA: _____ | |
| ESAME OBIETTIVO: _____ | |
| ECTOPARASSITOSI: _____ | |
| PATALOGIE IN ATTO: _____ | |
| Il/la minore non presenta sintomi o 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 stesso/a al soggiorno studio. | |
| TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____ | data compilazione _____ |

Da compilare a cura del genitore

1. **Malattie pregresse:** morbillo parotite pertosse rosolia varicella scarlattina altro _____
2. **Allergie:** farmaci _____ pollini _____ polveri _____
muffe _____ alimenti _____ veleno insetti _____
3. **Terapie in corso (allegare certificazione del medico curante):** _____
4. **Dieta speciale (specificare alimenti vietati):** _____
5. **Notizie utili per il medico del Campo estivo:** _____
6. **Apparecchi protesici e/o altri ausili:** _____

Vaccinazioni eseguite (la compilazione può essere sostituita da certificato di vaccinazione)

| | 1° dose | 2° dose | 3° dose | | 1° dose | 2° dose | 3° dose |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| DT | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | MPR | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ |
| Richiami | | ___/___/___ | ___/___/___ | Richiami | | ___/___/___ | ___/___/___ |
| DTP | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | Morbillo | ___/___/___ | ___/___/___ | |
| Richiami | | ___/___/___ | ___/___/___ | Parotite | ___/___/___ | ___/___/___ | |
| POLIO | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | Rosolia | ___/___/___ | ___/___/___ | |
| Richiami | | ___/___/___ | ___/___/___ | HiB | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ |
| HBV | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ | Altre (specificare): | _____ | | |
| Richiami | | ___/___/___ | ___/___/___ | | _____ | | |

FIRMA DEL GENITORE _____ DATA _____