



SCHEDA SANITARIA

LA SCHEDA DEVE ESSERE COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI DA UN MEDICO AI SENSI DELLA CIRCOLARE N. 6 DEL 20/04/2000 DEL MINISTERO DELLA SANITÀ NEI CINQUE GIORNI PRECEDENTI LA PARTENZA DEL MINORE E CONSEGNATA AL MEDICO DEL CENTRO VACANZE

Cognome e Nome del minore data di nascita/...../.....
Residente in Cap Via Tel/.....
Eventuale altro recapito
Figlio/orfano del iscritto all'INPDAP

A N A M N E S I

MALATTIE ESANTEMATICHE		ALTRE	
MORBILLO	<input type="checkbox"/>	PAROTITE	<input type="checkbox"/>
VARICELLA	<input type="checkbox"/>	PERTOSSE	<input type="checkbox"/>
ROSOLIA	<input type="checkbox"/>	DIFTERITE	<input type="checkbox"/>
SCARLATTINA	<input type="checkbox"/>		
ALTRI ESANTEMI	<input type="checkbox"/>		

VACCINAZIONI EFFETTUATE

(La compilazione della parte sottostante può essere sostituita da fotocopia del certificato di vaccinazione)

Per i soli minori ammessi alle vacanze studio all'estero

ANTITETANICA ultimo richiamo

Per i soli minori ammessi alle vacanze climatiche in Italia

DIFTERITE/TETANO 1^a dose 2^a dose 3^adose Ultimo richiamo

DIFTERITE/TETANO/PERTOSSE 1^a dose 2^a dose 3^adose Ultimo richiamo

POLIOMIELITE 1^a dose 2^a dose 3^adose Ultimo richiamo

ANTIEPATITE B 1^a dose 2^a dose 3^adose

MPR 1^a dose 2^a dose

MORBILLO 1^a dose 2^a dose

PAROTITE 1^a dose 2^a dose

ROSOLIA 1^a dose 2^a dose

HAEMOPHILUS B 1^a dose 2^a dose 3^adose

ALTRE (specificare) 1^a dose 2^a dose 3^adose

GRUPPO SANGUIGNO FATTORE Rh

↗ ALIMENTARI (In caso di diete speciali specificare gli alimenti vietati)

ALLERGIE: → FARMACOLOGICHE (In caso di allergie farmacologiche, specificare i farmaci alternativi a quelli in causa.)

↘ VARIE (pollini, graminacee, polveri, muffe, veleno insetti, etc.)

TERAPIA IN CORSO

VACCINO DESENSIBILIZZANTE

PATOLOGIE IN ATTO

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO: SI NO

in modo particolare

ASMA BRONCHIALE TERAPIE IN CORSO

TONSILLITI FREQUENTI TERAPIE IN CORSO

MALATTIE DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
in modo particolare		
TERAPIA		
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
in modo particolare		
TERAPIA		
MALATTIE DEL SISTEMA URO-GENITALE:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
in modo particolare		
TERAPIA		
ERNIE ATTUALI O PREGRESSE		
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
in modo particolare		
TERAPIA		
MALATTIE DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
in modo particolare		
TERAPIA		
MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
in modo particolare		
TERAPIA		
MALATTIE DELLA PELLE:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
in modo particolare		
ECTOPARASSITOSI		
INTERVENTI CHIRURGICI:		
ALTRE NOTIZIE SANITARIE UTILI		
.....		
ESAME OBIETTIVO GENERALE		
.....		
.....		
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 CON CODICE E FIRMA DEL MEDICO CURANTE