

.....

SCHEDA SANITARIA

Nome e cognome del minore..... data di nascita.....

residente in via..... N°.....

Comune di..... Prov..... CAP.....

Telefono..... e-mail.....

Eventuale altro recapito.....

ANAMNESI

MALATTIE ESANTEMATICHE ALTRE

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MORBILLO | <input type="checkbox"/> VARICELLA | <input type="checkbox"/> ROSOLIA | <input type="checkbox"/> SCARLATTINA |
| <input type="checkbox"/> PAROTITE | <input type="checkbox"/> PERTOSSE | <input type="checkbox"/> DIFTERITE | |

ALLERGIE:

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

- 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 FREQUENTIT ERAPIE IN CORSO.....

MALATTIE DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO:

in modo particolare.....

TERAPIA.....

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

in modo particolare.....

TERAPIA.....

MALATTIE DEL SISTEMA URO-GENITALE

SI

NO

in modo particolare.....

TERAPIA.....

ERNIE ATTUALI O PREGRESSE.....

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

SI

NO

in modo particolare.....

TERAPIA.....

MALATTIE DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO

SI

NO

in modo particolare.....

TERAPIA.....

MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE

SI

NO

in modo particolare.....

TERAPIA.....

MALATTIE DELLA PELLE

SI

NO

in modo particolare.....

TERAPIA.....

ECTOPARASSITOSI.....

INTERVENTI CHIRURGICI:.....

ALTRE NOTIZIE SANITARIE UTILI

.....
.....
.....

EVENTUALI ALTRE TERAPIE IN CORSO

.....
.....
.....

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 COMPILATORE

.....
.....

Qualifica: (Medico di medicina generale) - (Pediatra di libera scelta)

(Medico A.S.L. di residenza)