

Scheda Sanitaria

Bambino/a	Nro Personale	Turno
------------------	----------------------	--------------

SI PREGA di ALLEGARE

1. La fotocopia della tessera sanitaria del bambino
2. Fotocopia del certificato di vaccinazioni

ELENCARE eventuali PROTESI che il bambino dovesse portare nel corso del soggiorno (apparecchi ortodontici, acustici, altro) precisando tempi e modalità d'uso dei medesimi e quanto altro utile:

	Arrivo	Partenza
Peso		
Altezza		
Perimetro Toracico		
Vista		
Udito		

Gruppo sanguigno	
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> 0 (zero)
Fattore Rh	
<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo

Anamnesi	
Malattie esantematiche	Altre
<input type="checkbox"/> Morbillo <input type="checkbox"/> Rosolia <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Scarlattina <input type="checkbox"/> Altri esantemi	<input type="checkbox"/> Parotite <input type="checkbox"/> Pertosse <input type="checkbox"/> Difterite Altro _____

Vaccinazioni Effettuate	
(La compilazione della parte sottostante può essere sostituita da fotocopia del certificato di vaccinazione)	
1. Antitetanica <input type="checkbox"/> 2. Difterite/tetano <input type="checkbox"/> 3. Difterite/tetano/pertosse <input type="checkbox"/> 4. Poliomielite <input type="checkbox"/> 5. Antiepatite B <input type="checkbox"/> 6. Mpr <input type="checkbox"/>	7. Morbillo <input type="checkbox"/> 8. Parotite <input type="checkbox"/> 9. Rosolia <input type="checkbox"/> 10. Haemophilus B <input type="checkbox"/> 11. Altre (specificare) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

Allergie

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

Malattie in atto

Tipologia

Terapia

Altre notizie sanitarie utili

Esame obiettivo generale

Il/la bambino/a 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.

Lo studente è esente da patologie incompatibili con la vita di comunità.

Luogo e data

Timbro con codice e firma del medico curante