

Ecolonie Ortobene 2015

SCHEMA SANITARIA

Cognome e Nome del minore data di nascita/...../.....
Residente in via N.....
Comune di Provincia CAP

Telefono e-mail

Eventuale altro recapito o numero utile

A N A M N E S I

MALATTIE ESANTEMATICHE ALTRE

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	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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).....
.....

TERAPIE 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: SI NO

in modo particolare

TERAPIA

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: SI NO

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) - (Pediatria di libera scelta) (Medico A.S.L. di residenza)