

# SCHEDA SANITARIA

## ECOLONIE CEAS NU

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

  

VARICELLA

  

ROSOLIA

  

SCARLATTINA

PAROTITE

PERTOSSE

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).....

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