SCHEDA MEDICA PERSONALE

Cognome
Nome

NATO A: IL:

RESIDENTE A:

VIA: CAP PROV.

TEL E-MAIL

REGIONE GRUPPO

COD. PERS. AGESCI __ __ __ __ __ __ NUMERO TESSERINO SANITARIO

Codice fiscale

ASL di appartenenza

Gruppo sanguigno e fattore Rh

Vaccinazioni effettuate:

Vaccino	Data ultimo richiamo	Scadenza

Soffre di malattie metaboliche? SÌ NO

Descrivere

Farmaci assunti in caso di bisogno

Soffre di malattie cardiache? SÌ NO

Descrivere:

Farmaci assunti in caso di bisogno

Soffre di disturbi all'apparato respiratorio? SÌ NO

Descrivere:

Farmaci assunti in caso di bisogno

Soffre di disturbi all'apparato digerente? SÌ NO

Descrivere:

Farmaci assunti in caso di bisogno

Soffre di malattie croniche di altro tipo? SÌ NO

Descrivere:

Farmaci assunti in caso di bisogno

Malformazioni genetiche

Disfunzioni uditive

Disfunzioni visive

Problemi di deambulazione e/o coordinazione nei movimenti

Problemi di equilibrio

Disfunzioni nella coagulazione del sangue:

Disfunzioni endocrine (es. diabete):

Disfunzioni neurologiche:

Problemi di tipo psicologico:

Altro:

Farmaci utilizzati abitudinariamente (indicare il nome del /dei farmaco/i usati e la posologia):
per forme influenzali?

Dovrà assumere farmaci durante il campo? Quali? (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)

Riservato alle ragazze:
Si è avuto il primo ciclo mestruale? Se si in quale data?

Farmaci assunti in occasione del ciclo mestruale

Soffre di allergie? SÌ NO

A farmaci quali? (elencare le molecole)

A pollini quali?

A alimenti quali?

Altro? (descrivere)

Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria

Patologie gravi sofferte in passato:

Malattie infettive sofferte in passato:

Interventi chirurgici subiti:

Intervento	Anno	Ospedale (nome, città)

Incidenti e infortuni rilevanti:

Descrizione	Anno	Ospedale eventuale ricovero	Note

Data: Firma per l'autocertificazione

Medico curante: dott.

Recapiti telefonici: Cell. Studio

eventuale altro recapito

Reperibilità dei familiari durante il campo:

Tel. Cell.

Eventuale altro recapito

Data: Firma

"CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI"
(INDISPENSABILE ALLA PARTECIPAZIONE AL PERCORSO SCOUT)

Autorizzo il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, sopra riportati, ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 ("GDPR") e del decreto attuativo 10.08.2018, n° 101, in accordo con l'informativa fornitami da AGESCI e

DICHIARO

1) che i dati sanitari sopra dichiarati sono aggiornati alla data di sottoscrizione del presente documento, veritieri, completi e compatibili con la normale vita di campeggio. In caso di variazione dei dati sotto riportati gli stessi saranno prontamente aggiornati e trasmessi all'Associazione.
2) Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità.
3) Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.
4) Nella presente scheda medica **sono contenute in forma esatta e completa tutte le notizie** riguardanti le mie condizioni di salute psico-fisica.
5) Sono consapevole che le attività scout proposte a me e le cure mediche che mi saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno impostate dai Capi e dai medici basandosi unicamente sulle informazioni contenute in questa scheda medica.
6) Sono consapevole che è mio dovere comunicare ai Capi del Gruppo Scout AGESCI Grosseto 3 ogni variazione intervenuta posteriormente alla data di compilazione della presente scheda in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti riguardo l'assistenza e la mia tutala.
7) Sono consapevole che in caso di incidenti gravi avvenuti nel corso delle attività scout, i Capi tenteranno sempre di informarmi e chiedere il mio consenso alle terapie da eseguire, utilizzando i recapiti contenuti nella scheda anagrafica; in caso tale comunicazione risulti impossibile, autorizzo tutti i Capi del Gruppo Scout AGESCI Grosseto 3 a prendere tutte le misure che riterranno opportune per salvaguardare la mia salute, ivi compreso il
ricovero ospedaliero e l'intervento chirurgico d'urgenza, previo il parere dei medici responsabili del soccorso.
8) La scheda verrà custodita dai Capi e verrà distrutta o restituita alla chiusura dell'anno scout (dal 1 ottobre al 30 settembre).

Grosseto, li

Firma

NOTE

1) Allegare fotocopia del tesserino sanitario fronte/retro.
2) Allegare fotocopia elenco vaccinazioni presente nel libretto sanitario.
3) In caso di malattie croniche, allegare copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.
4) Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai capi i farmaci necessari in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome, con allegata la prescrizione medica e la posologia del farmaco.