



|   |               |    |                 |  |  |    |              |              |
|---|---------------|----|-----------------|--|--|----|--------------|--------------|
| 1. Cognome e nome   |               |    |                 | 22. Fa uso abituale di tranquillanti?<br>(farmaci, tisane etc.)  | si   | no | Se si quali? |              |
| 2. Luogo di nascita   |               |    |                 |  |  |    |              |              |
| 3. Data di nascita  |               |    |                 | 23. Fa uso abituale di farmaci?<br>(dosaggi - si vedano Documenti da allegare)   | si   | no | Se si quali? |              |
| 4. Indirizzo  |               |    |                 |  |  |    |              |              |
| 5. ASL di appartenenza  |               |    |                 | 24. Soffre di allergie?<br>(alimenti, farmaci, pollini, altro)   | si   | no | Se si quali? |              |
| 6. Codice Fiscale   |               |    |                 |  |  |    |              |              |
| 7. Reperibilità dei genitori o di un familiare<br>(nome, grado di parentela e telefono) | (padre cell.) |    |                 | 25. Soffre di intolleranze?  | si   | no | Se si quali? |              |
|   | (madre cell.) |    |                 |  |  |    |              |              |
|   | (abitazione)  |    |                 |  |  |    |              |              |
|   | (facoltativo) |    |                 |  |  |    |              |              |
| 8. Numero di foglio sanitario   |               |    |                 | 26. Deve praticare particolari diete alimentari?   | si   | no | Se si quali? |              |
| 9. Gruppo sanguigno e fattore RH  |               |    |                 |  |  |    |              |              |
| 10. E' mestrata?  | si            | no |                 | 27. Ha mai presentato sintomi di allergia in occasione di profilassi con sieri? (tipi di sieri)  | si   | no | Se si quali? |              |
| 11. E' vaccinato/a per  |               |    | Ultimo Richiamo | Aggiornamento  | 28. Ha avuto turbe psichiche o problemi neurologici anche lievi? (epilessia, sindrome da attacco di panico etc.) | si | no           | Se si quali? |
| 11.1 DIFTERITE  | si            | no |                 |  | 29. Ha mai avuto bisogno di un supporto psicologico?<br>Se si, indicare se ancora in cura                        | si | no           | Se si quali? |
| 11.2 TETANO (antitetanica)  | si            | no |                 |  |  |    |              |              |
| 11.3 EPATITE A  | si            | no |                 |  |  |    |              |              |
| 11.4 EPATITE B  | si            | no |                 |  |  |    |              |              |
| 11.5 EPATITE C  | si            | no |                 |  |  |    |              |              |
| 12. Altro (specificare)   |               |    |                 | 30. Nome del medico curante  |  |    |              |              |
| 13. Soffre di malattie metaboliche?   | si            | no | Se si, quali?   | 30. Recapito telefonico del medico curante   |  |    |              |              |
| 14. Soffre di malattie cardiache o dell'apparato cardio-circolatorio?                   | si            | no | Se si, quali?   | 31. Altre eventuali informazioni che si ritiene utile portare a conoscenza   |  |    |              |              |
| 15. Soffre di disturbi all'apparato uro-genitale?                                       | si            | no | Se si, quali?   | Chi ha compilato la scheda medica?<br>(medico curante o familiari, specificare)  |  |    |              |              |
| 16. Soffre di disturbi all'apparato respiratorio?                                       | si            | no | Se si, quali?   | Data di compilazione   |  |    |              |              |
| 17. Soffre di disturbi all'apparato digerente?  | si            | no | Se si, quali?   | In caso di eventi gravi, tali da mettere in pericolo la vita o lo stato di salute del ragazzo/a e che richiedano decisioni immediate in ordine a ricoveri, trasferimenti e terapie in genere, anche chirurgiche, indipendentemente dalla tempestiva comunicazione ai familiari reperibili (punto 7), che sarà comunque costantemente tentata, è necessario che il genitore o chi ne fa le veci dichiarati di rimettersi, finchè assente, alle decisioni dei capi unità e dell'équipe medica di assistenza.<br>Firma per accettazione:..... |  |    |              |              |
| 18. Soffre di malattie croniche?  | si            | no | Se si, quali?   |  |  |    |              |              |
| 19. Quali malattie infettive ha avuto?  | si            | no | Se si, quali?   |  |  |    |              |              |
| 20. Ha subito interventi chirurgici?  | si            | no | Se si, quali?   |  |  |    |              |              |
| 20.1 Quando?  |               |    |                 |  |  |    |              |              |
| 21. Ha subito fratture? Quali? Quando?  | si            | no | Se si, quali?   | Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al solo fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. Tale scheda sarà custodita dai capi unità e non mostrata ad alcuno al di fuori dei succitati casi.   |  |    |              |              |
| <b>AGGIORNAMENTI (richiedere aggiornamento ad inizio anno)</b>                          |               |    |                 | Acconsento al trattamento dati di cui sopra:.....  |  |    |              |              |
|   |               |    |                 | <b>DOCUMENTI DA ALLEGARE:</b> Fotocopia del certificato di nascita o della Carta d'Identità; fotocopia della tessera sanitaria e del libretto delle vaccinazioni; in caso di malattie croniche copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.<br>Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai capi unità i farmaci necessari in un contenitore con relativa posologia.  |  |    |              |              |