

SCHEMA MEDICA PERSONALE

COGNOME _____ NOME _____ M F _____

NATO A: _____ IL _____

RESIDENTE A: _____

VIA _____ CAP _____ PROV. _____

TEL _____ EMAIL _____

RERGIONE _____ GRUPPO _____

CODICE PERS. _____
 AGESCI _____ CAPO REPARTO _____

USL di appartenenza _____

Da compilare come autocertificazione da parte di un genitore o a cura del medico curante

Gruppo sanguigno e fattore Rh _____

È vaccinato/a per:

Difterite	SI	NO
Tetano Data ultimo richiamo ____/____/____	SI	NO
Epatite A	SI	NO
Epatite B	SI	NO
Altro (Specificare.....)	SI	NO
Altro (specificare.....)	SI	NO
Altro (Specificare.....)	SI	NO
Soffre di malattie meta (diabete,...)?	SI	NO

Quali? _____

Soffre di malattie cardiache? _____ SI _____ NO _____

Quali? _____

Soffre di disturbi all'apparato respiratorio? _____ SI _____ NO _____

Quali? _____

Soffre di disturbi all'apparato digerente? _____ SI _____ NO _____

Quali? _____

Soffre di malattie croniche di altro tipo? _____ SI _____ NO _____

Quali? _____

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra?
 (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)

Soffre di allergie? _____ SI _____ NO _____

A farmaci? _____

A pollini quali? _____

A alimenti Quali?

Ad altro?

Deve praticare particolari diete alimentari?

SI

NO

Descrivere:

Dovrà assumere farmaci?

SI

NO

Quali? (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)

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

Data: Firma (del genitore o del medico curante)

Medico curante: dott.

Studio:

Recapiti telefonici

Reperibilità dei familiari:

Tel:

Cell.

Data

Firma di uno dei genitori

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza; in caso di necessità la scheda verrà custodita dai Capi Reparto e verrà distrutta alla fine del percorso in Branca E/G del ragazzo.

Data

Firma di uno dei genitori

- 1) In caso di malattie croniche, allegare copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.
- 2) Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai capi reparto i farmaci necessari in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del ragazzo, con allegata la prescrizione medica e la posologia di farmaco

REVISIONI:

Data :

Firma

Data :

Firma

Data :

Firma

Data :

Firma

Data :

Firma