

### SCHEDA MEDICA PERSONALE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ M F

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ CIVICO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

CELL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

REGIONE \_\_\_\_\_ GRUPPO \_\_\_\_\_

CODICE PERSONALE 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: \_\_\_\_\_

Differite      SÍ      NO \_\_\_\_\_

Tetano      SÍ      NO      se sì, data ultimo richiamo      /      / \_\_\_\_\_

Epatite A      SÍ      NO \_\_\_\_\_

Epatite B      SÍ      NO \_\_\_\_\_

Covid-19      SÍ      NO \_\_\_\_\_

Altro (specificare \_\_\_\_\_ )      SÍ      NO \_\_\_\_\_

Altro (specificare \_\_\_\_\_ )      SÍ      NO \_\_\_\_\_

Soffre di malattie meta (diabete, ...)?      SÍ      NO \_\_\_\_\_

Quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Soffre di malattie cardiache?      SÍ      NO \_\_\_\_\_

Quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Soffre di disturbi all'apparato respiratorio?      SÍ      NO \_\_\_\_\_

Quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Soffre di disturbi all'apparato digerente?      SÍ      NO \_\_\_\_\_

Quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Soffre di malattie croniche di altro tipo?      SÍ      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?      SÍ      NO \_\_\_\_\_

A farmaci? Quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A pollini? Quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ad alimenti? Quali? \_\_\_\_\_

Ad altro? \_\_\_\_\_

Deve praticare particolari diete alimentari?      SÍ      NO

Descrivere \_\_\_\_\_

Dovrà assumere farmaci?      SÍ      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 famigliari \_\_\_\_\_

Cell1      Cell2

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, allargare 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 del farmaco.

REVISIONI:

Data      Firma di uno dei genitori

Data      Firma di uno dei genitori

Data      Firma di uno dei genitori

Data      Firma di uno dei genitori

Data      Firma di uno dei genitori