

## SCHEDA MEDICA PERSONALE

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

NATO A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

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

VIA: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

USL di appartenenza \_\_\_\_\_

### DA COMPILARE A CURA DI UNO DEI GENITORI

Soffre di malattie metaboliche ? \_\_\_\_\_ SÌ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Descrivere tutte le risposte SI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Soffre di allergie? \_\_\_\_\_ SÌ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

A farmaci quali? (elencare le molecole, ovvero i farmaci da non somministrare) \_\_\_\_\_

A pollini quali? \_\_\_\_\_

A alimenti quali? \_\_\_\_\_

Altro? (descrivere) \_\_\_\_\_

Deve praticare particolari diete alimentari? \_\_\_\_\_ SÌ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Descrivere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dovrà assumere farmaci? \_\_\_\_\_ SÌ \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reperibilità dei familiari durante il campo: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

In caso di malattie croniche, allegare copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.

**Allego copia della tessera sanitaria e del certificato delle vaccinazioni.**

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.

Acconsento al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.

Data: \_\_\_\_\_ Firma di uno dei genitori \_\_\_\_\_