

ALLEGATO A - SCHEDA SANITARIA OSPITI DI SOGGIORNI DI VACANZA

Allegato A alla Circolare Ministero Sanità n°6 del 20/04/2000

SCHEDA SANITARIA PER MINORI OSPITI DI SOGGIORNI DI VACANZA

Le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalla Legge sulla tutela della privacy.

Regione _____ Azienda U.S.L. n° _____

Distretto _____

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ via _____ tel. _____

Esame obiettivo generale _____

Malattie pregresse:

I_I morbillo I_I parotite I_I pertosse I_I rosolia I_I varicella I_I scarlattina

I_I altro _____

Allergie (specificare il tipo):

farmaci _____

pollini _____

polveri _____

muffe _____

alimenti _____

veleno insetti _____

altro _____

Patologie in atto: _____

Ectoparassitosi: _____

Terapie in corso (specificare farmaci e posologia): _____

Dieta speciale (specificare alimenti vietati): _____

Apparecchi protesici e/o altri ausili: _____

Il/la minore non presenta sintomi o segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/a stesso/a in comunità.

Lì _____

data di compilazione __ / __ / ____

Medico compilatore _____

Qualifica:

I_I Medico di medicina generale

I_I Pediatra di libera scelta

I_I Medico USL di residenza

Codice sanitario regionale _____

TIMBRO e FIRMA LEGGIBILE

Vaccinazioni eseguite:

Tipo di vaccino	I° dose	II° dose	III° dose
Vaccino Covid 19			
DT Richiami	____/____/____ ____/____/____	____/____/____ ____/____/____	____/____/____ ____/____/____
DTP Richiami	____/____/____ ____/____/____	____/____/____ ____/____/____	____/____/____ ____/____/____
Polio Richiami	____/____/____ ____/____/____	____/____/____ ____/____/____	____/____/____ ____/____/____
Anti epatite B	____/____/____	____/____/____	____/____/____
MPR	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Morbillo	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Parotite	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Rosolia	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Haemophilus b	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Altre (specificare)	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Altre (specificare)	____/____/____	____/____/____	____/____/____

La compilazione della parte riferita alle vaccinazioni effettuate può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione.