

# SCHEDA SANITARIA PER MINORI

Medico compilatore: .....

Timbro e firma leggibile:

Qualifica:

- Medico di medicina generale
- Pediatra di libera scelta
- Medico ASL di residenza

Codice sanitario regionale: .....

Data di compilazione: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## DATI ANAGRAFICI

(Allegare fotocopia della tessera sanitaria)

Codice fiscale:.....

Cognome: ..... Nome: .....

Città nascita: ..... Data nascita: .....

Comune residenza: ..... (frazione): .....

Via/numero civico di residenza: .....

Recapito/i telefonico/i della famiglia:.....

### Esame obiettivo generale:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Terapie in corso (specificare farmaci e posologia):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Il minore non presenta sintomi e 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.*

### Malattie pregresse:

- morbillo
- parotite
- pertosse
- rosolia
- varicella
- scarlattina
- altro: .....

### Allergie (specificare farmaci, pollini, polveri, muffe, alimenti, veleno insetti, altro)

.....  
.....  
.....  
.....

### Patologie in atto

.....  
.....  
.....

### Vaccinazioni eseguite

(la compilazione di questa parte può essere sostituita dalla fotocopia del libretto di vaccinazione)

	I dose	II dose	III dose		I dose	II dose	III dose
DT	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Antiepatite B	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami:	___/___/___	___/___/___		MPR	___/___/___	___/___/___	
DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Morbillo	___/___/___	___/___/___	
Richiami:	___/___/___	___/___/___		Parotite	___/___/___		
Polio:	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Rosolia	___/___/___		
Richiami:	___/___/___	___/___/___		Haemophilus B	___/___/___	___/___/___	___/___/___
				Altro:	___/___/___	___/___/___	___/___/___