

SCHEDA SANITARIA PER MINORI

cognome		nome	
luogo e data di nascita		nazionalità	
		Tel.	
residenza – indirizzo – telefono			
medico curante		libretto sanitario nr.	
		Distretto	

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	Si	no	non so	Vaccinato	si	no
Parotite	Si	no	non so	Vaccinato	si	no
Pertosse	Si	no	non so	Vaccinato	si	no
Rosolia	Si	no	non so	Vaccinato	si	no
Varicella	Si	no	non so	Vaccinato	si	no

ALLERGIE

	specificare
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture di insetti	

Altro: _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto: _____

Intolleranze alimentari: _____

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta):

- non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
- è stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

data _____

firma di chi esercita la potestà parentale _____

SCHEDA SANITARIA PER MINORI

Vaccinazioni eseguite

Compilare il prospetto delle vaccinazioni eseguite, avvalendosi della documentazione sanitaria in possesso. La compilazione del prospetto può essere sostituita da fotocopia del libretto pediatrico (solo le pagine dove sono state registrate le vaccinazioni) o da un certificato di vaccinazione (viene rilasciato dal Distretto Sanitario –settore Igiene Pubblica).

	1 dose	2 [^] dose	3 [^] dose	Richiami	
Difterite-Tetano					
DT	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Difterite-Tetano-Pertosse					
DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
antiepatite B	___/___/___	___/___/___	___/___/___		
antiemofilo	___/___/___	___/___/___	___/___/___		
Morbillo-Parotite-Pertosse					
MPR	___/___/___	___/___/___			
morbillo	___/___/___	___/___/___			
parotite	___/___/___				
rosolia	___/___/___				
Altre (specificare):					
_____	___/___/___				
_____	___/___/___				