

A.G.E.S.C.I. - gruppo scout Morciano di Romagna 1
scheda sanitaria

cognome e nome _____

indirizzo _____

codice fiscale ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

genitore o familiare reperibile (cognome, nome, telefono, orari) _____

medico curante (cognome, nome, telefono, orari) _____

- il medico curante è stato interpellato per la compilazione di questa scheda? SI NO

- dieta speciale SI NO (specificare alimenti vietati) _____

- vaccinazione antitetanica SI NO (ultimo richiamo?) _____

- altre vaccinazioni SI NO (quali? ultimi richiami?) _____

- uso abitudinario di farmaci SI NO (quali? dosaggi?) _____

- uso occasionale di farmaci per forme influenzali SI NO (quali? dosaggi?) _____

- intolleranze o allergie a farmaci SI NO (quali?) _____

- intolleranze o allergie a profilassi con sieri (antitetanico, antiofidico, ...) SI NO (quali? tipo di siero?) _____

- intolleranze o allergie alimentari SI NO (quali?) _____

- allergie a pollini SI NO (quali?) _____

- allergie a polveri o muffe SI NO (quali?) _____

- altre allergie SI NO (specificare la tipologia) _____

- patologie croniche SI NO (quali?) _____

- patologie gravi passate SI NO (quali? quando?) _____

- patologie in atto SI NO (quali?) _____

- malattie pregresse (morbillo, parotite, pertosse, rosolia, varicella, scarlattina, altro...) SI NO (quali? quando?) _____

- malattie infettive SI NO (quali? quando?) _____

- interventi chirurgici SI NO (quali? quando?) _____

- infortuni recenti (fratture, ferite profonde, lussazioni, slogature, ...) SI NO (quali? quando?) _____

- apparecchi protesici e/o altri ausili SI NO (quali?) _____

- se ragazza: mestruazioni regolari SI NO (da quando? che ritmi? eventuali farmaci assunti?) _____

- altre comunicazioni importanti di interesse sanitario: _____

In caso di eventi sanitari gravi che richiedano decisioni immediate in ordine a ricoveri, trasferimenti e terapie in genere (anche chirurgiche), indipendentemente dalla tempestiva comunicazione ai familiari reperibili, che sarà sempre tentata, e necessario che il genitore o il tutore legale dichiari di rimettersi, finché assente, alle decisioni del personale sanitario e degli educatori scout.

N.B.: Una compilazione della scheda **completa** e **corretta** è necessaria al fine di provvedere agli opportuni interventi in caso di necessità. Non si assumono responsabilità per errori dovuti a schede incomplete o non corrette.

luogo e data _____

cognome e nome del genitore o tutore legale **che ha compilato la scheda** _____

firma del genitore o tutore legale **che ha compilato la scheda** _____

alla presente scheda medica vanno allegati:

- **fotocopia del libretto sanitario**
- **fotocopia del libretto delle vaccinazioni**

le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalla legge 675/96 sulla tutela della privacy