

A.G.E.S.C.I.
Gruppo Scout Morciano 1

Scheda sanitaria per minori

cognome e nome _____

indirizzo _____

codice fiscale ____ _

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

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

- Allergie a pollini SI NO _____

- Allergie a polveri o muffe SI NO _____

- 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?) _____

- Altre allergie (specificare il tipo) SI NO _____

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

- Patologie in atto SI NO (quali?) _____

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

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

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

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

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

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

- Dieta speciale (specificare alimenti vietati) SI NO _____

- Apparecchi protesici e/o altri ausili SI NO _____

- Altre comunicazioni importanti di interesse medico _____

In caso di eventi gravi (tali da mettere in pericolo la vita o lo stato di salute) e che richiedano decisioni immediate in ordine di 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 chi ne fa le veci dichiarati di rimettersi, finché assente, alle decisioni dei responsabili presenti.

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 incorrette.

luogo e data _____

cognome e nome **di chi ha compilato la scheda** _____

firma **di chi ha compilato la scheda** _____

firma **del medico curante** _____

Alla presente scheda medica vanno allegati: fotocopia del libretto sanitario; fotocopia del libretto delle vaccinazioni; fotocopia della carta d'identità

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