

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

cognome e nome \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

medico curante (cognome, nome, telefono, orari) \_\_\_\_\_

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

genitore o familiare reperibile (cognome, nome, telefono, orari) \_\_\_\_\_

- 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 infettive  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?) \_\_\_\_\_

- dieta speciale  SI  NO (specificare alimenti vietati) \_\_\_\_\_

- apparecchi protesici e/o altri ausili  SI  NO \_\_\_\_\_

- 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 e 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