

ALLEGATO A - SCHEDA SANITARIA OSPITI DI SOGGIORNI DI VACANZA

Allegato A alla Circolare Ministero Sanità n°6 del 20/04/2000

SCHEDA SANITARIA  
PER MINORI OSPITI  
DI SOGGIORNI DI VACANZA

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

Regione \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. n° \_\_\_\_\_

Distretto \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Esame obiettivo generale** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Malattie pregresse:**

I\_I morbillo I\_I parotite I\_I pertosse I\_I rosolia I\_I varicella I\_I scarlattina

I\_I altro \_\_\_\_\_

**Allergie (specificare il tipo):**

farmaci \_\_\_\_\_

pollini \_\_\_\_\_

polveri \_\_\_\_\_

muffe \_\_\_\_\_

alimenti \_\_\_\_\_

veleno insetti \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

**Patologie in atto:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ectoparassitosi:** \_\_\_\_\_

**Terapie in corso (specificare farmaci e posologia):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dieta speciale (specificare alimenti vietati):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Apparecchi protesici e/o altri ausili:** \_\_\_\_\_

Il/la minore non presenta sintomi o 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.

Lì \_\_\_\_\_

data di compilazione \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Medico compilatore \_\_\_\_\_

Qualifica:

I\_ I Medico di medicina generale

I\_ I Pediatra di libera scelta

I\_ I Medico USL di residenza

Codice sanitario regionale \_\_\_\_\_

TIMBRO e FIRMA LEGGIBILE

**Vaccinazioni eseguite:**

Tipo di vaccino	I° dose	II° dose	III° dose
<b>DT</b> Richiami	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
<b>DTP</b> Richiami	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
<b>Polio</b> Richiami	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
<b>Anti epatite B</b>	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
<b>MPR</b>	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
<b>Morbillo</b>	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
<b>Parotite</b>	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
<b>Rosolia</b>	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
<b>Haemophilus b</b>	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
<b>Altre (specificare)</b>	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
<b>Altre (specificare)</b>	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

La compilazione della parte riferita alle vaccinazioni effettuate può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione.