

**SCHEDA PERSONALE E MEDICA di \_\_\_\_\_**

Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
 nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_ Eventuali altri recapiti \_\_\_\_\_  
 Nome del padre \_\_\_\_\_ Nome della Madre \_\_\_\_\_  
 n° Codice Assistito \_\_\_\_\_ Gruppo Sanguigno \_\_\_\_\_  
 (da tessera sanitaria)  
 Medico Curante \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 (solo per necessità o casi particolari)

<p><b>VACCINAZIONI OBBLIGATORIE</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:20%; text-align: center;">data/anno</th> <th style="width:20%; text-align: center;">data/anno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Difterite</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Poliomelite</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Tetano ciclo base</td> <td>_____</td> <td>Richiamo _____</td> </tr> <tr> <td>Epatite B ciclo base</td> <td>_____</td> <td>Richiamo _____</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>VACCINAZIONI non OBBLIGATORIE</b></p> <p style="text-align: center;">Data ultima dose</p> <p><input type="checkbox"/> Epatite A _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tubercolosi _____</p> <p><input type="checkbox"/> Morbillo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hemophilus _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tifo / Paratifo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Meningite _____</p> <p><input type="checkbox"/> Parotite _____</p> <p><input type="checkbox"/> Rosolia _____</p> <p><input type="checkbox"/> Febbre Gialla _____</p> <p><input type="checkbox"/> TBE _____</p> <p><i>Altre</i></p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>		data/anno	data/anno	Difterite	_____	_____	Poliomelite	_____	_____	Tetano ciclo base	_____	Richiamo _____	Epatite B ciclo base	_____	Richiamo _____	<p><b>ALLERGIE</b> (indicare tipo di farmaco o causa allergica e relativa cura)</p> <p><input type="checkbox"/> a farmaci :      <input type="checkbox"/> antibiotici _____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> penicillina _____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> altro _____</p> <p><input type="checkbox"/> alimentari _____</p> <p><input type="checkbox"/> piante _____</p> <p><input type="checkbox"/> animali _____</p> <p style="text-align: right;">altro _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Note: _____</p>
	data/anno	data/anno														
Difterite	_____	_____														
Poliomelite	_____	_____														
Tetano ciclo base	_____	Richiamo _____														
Epatite B ciclo base	_____	Richiamo _____														
<b>MALATTIE IMPORTANTI E INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI</b>																
<p><b>DISTURBI E TERAPIE</b> (Indicare tipo di disturbo ed eventuali, farmaci, cure e attenzioni)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cardiaci</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Polmonari/Respiratori</td> <td><input type="checkbox"/> Vertigini</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Psicici</td> <td><input type="checkbox"/> Pressione      <input type="checkbox"/> alta      <input type="checkbox"/> bassa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> altro</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Farmaco e dosi _____</p> <p>Farmaco e dosi _____</p> <p>Note _____</p>		<input type="checkbox"/> Cardiaci	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Polmonari/Respiratori	<input type="checkbox"/> Vertigini	<input type="checkbox"/> Psicici	<input type="checkbox"/> Pressione <input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> bassa	<input type="checkbox"/> altro	_____							
<input type="checkbox"/> Cardiaci	<input type="checkbox"/> Anemia															
<input type="checkbox"/> Polmonari/Respiratori	<input type="checkbox"/> Vertigini															
<input type="checkbox"/> Psicici	<input type="checkbox"/> Pressione <input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> bassa															
<input type="checkbox"/> altro	_____															

**VIAGGI ALL'ESTERO (Luogo e data)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALTRE NOTIZIE IMPORTANTI**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SI PREGA DI COMPILARE IN MODO CHIARO ED IN STAMPATELLO