

**GRUPPO SCOUT A.G.E.S.C.I.
TRIESTE 7° DON BOSCO**

SCHEDE SANITARIA DI _____ nato il _____

NUMERO DI TESSERA SANITARIA: _____ DATA SCADENZA ANTITETANICA _____

SEGNARE ALMENO 2 RECAPITI TELEFONICI DOVE SEGNALARVI UNA EVENTUALE URGENZA:

NOME _____ INDIRIZZO _____ TEL _____

NOME _____ INDIRIZZO _____ TEL _____

E' GENERALMENTE SANO? SI NO
SE NO, DI QUALI DISTURBI SOFFRE GENERALMENTE?

QUALI MALATTIE INFETTIVE INFANTILI HA AVUTO? (es: morbillo, orecchioni.....)

ACCUSA TALVOLTA PROBLEMI RESPIRATORI? (es: asma, bronchiti..) SI NO
SONO DI ORIGINE ALLERGICA? SI NO

A CHE COSA?

HA MAI AVUTO ULCERE, GASTRITI O ALTRI PROBLEMI ALLO STOMACO? SE SI QUALI?

HA MAI AVUTO MALATTIE INFETTIVE? (es. salmonellosi, epatite virale...) SE SI QUALI?

HA PROBLEMI CARDIO-CIRCOLATORI? (es: anemie, soffi al cuore, non coagula il sangue, sbalzi di pressione....)
SE SI QUALI?

HA PARTICOLARI ALLERGIE E CHE EFFETTI CAUSANO? (ANCHE AI FARMACI)

HA MAI AVUTO FRATTURE AGLI ARTI? SE SI QUALI?

DEVE SEGUIRE UNA DIETA PARTICOLARE? SI NO
SE SI ALLEGARE UN FOGLIO CON LA DIETA E LE INDICAZIONI DA SEGUIRE
ASSUME PERIODICAMENTE DEI FARMACI? SI NO
SE SI, INDICARE QUALI E CON CHE MODALITA' E DOSAGGI:

PUO' ASSUMERE QUALSIASI TIPO DI FARMACO/ANTIBIOTICO? SI NO
SE NO QUALI SONO CONSIGLIATI? E QUALI SCONSIGLIATI?

E' STATO OPERATO DI APPENDICITE? SI NO

SOFFRE DI NAUSEA PER QUALCOSA?

SOFFRE DI "MAL DI MACCHINA"? SI NO SOLO SU STRADE DI MONTAGNA

HA LA PELLE DELICATA? (es: si ferisce con un nonnulla, grossi segni per punture di zanzara, rossori....)

SOFFRE DI ECZEMA, MICOSI O ALTRE MALATTIE DELLA PELLE?

HA PROBLEMI HAI PIEDI? (es: piedi piatti, verruche, frequenti vesciche, calli....)

HA MAI AVUTO ESAURIMENTI O ALTRI PROBLEMI NERVOSI?

E' SOGGETTO/A A MALATTIE PSICOSOMATICHE? SI NO

SE SI, QUANDO ACCADE E COME SI MANIFESTANO?

COME SI COMPORTA QUANDO E' AMMALATO/A?

MANGIA TUTTI I CIBI OPPURE RIFIUTA QUALCOSA? E PERCHE'?

HA PROBLEMI DI STITICHEZZA? SI NO ESPRIMERE IN GIORNI IL TEMPO MASSIMO _____

SOFFRE LA LONTANANZA DI CASA E DEI GENITORI? SI NO QUALCHE VOLTA

IN CASO DI MALATTIA DI VOSTRO/A FIGLIO/A VOLETE CHE VENGA CURATO A CASA O VI FIDATE DELL'ASSISTENZA SANITARIA DEL LUOGO?

ALLEGATE UNA FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA DI VOSTRO/A FIGLIO/A

Tenuto conto di quanto sopra specificato, con la firma della presente scheda i genitori (o chi ne fa le veci) dichiarano sotto la propria responsabilità che le informazioni riportate sono state esaurienti e che il/la bambino/a è effettivamente coperto/a da vaccinazione antitetanica. Autorizzo inoltre il Capo Unità ad autorizzare, in caso eccezionale a seguito di precisa indicazione in tal senso dell'Autorità Sanitaria competente, interventi sanitari urgenti. Resta inteso l'obbligo da parte del Capo Unità di avvertire i genitori (o chi ne fa le veci) nel più breve tempo possibile.

IL GENITORE (O CHI NE FA LE VECI)

A norma di quanto previsto dalla Legge 675/96 (trattamento dati neutri e sensibili), acconsento al trasferimento delle informazioni contenute nella presente scheda alla staff, ed all'autorizzazione delle stesse informazioni in caso di necessità)limitatamente a richieste di Autorità Sanitarie competenti)

IL GENITORE (O CHI NE FA LE VECI)

TRIESTE, _____