

Vaccinazioni eseguite

	I dose	II dose	III dose
DT	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	
DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	
polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	
antiepatite B	___/___/___	___/___/___	___/___/___
MPR	___/___/___	___/___/___	
morbillo	___/___/___	___/___/___	
parotite	___/___/___		
rosolia	___/___/___		
haemophilus b	___/___/___	___/___/___	___/___/___
altre (specificare)	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___	___/___/___

La compilazione della parte soprastante,
può essere sostituita dal certificato di vaccinazione.

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

**SCHEDA SANITARIA
PER MINORI
OSPITI
DI SOGGIORNI
DI VACANZA**

Rif. Allegato A Circolare Ministero Sanità n° 6 del 20/04/00

Medico compilatore

Qualifica:

- Medico di medicina generale
- Pediatra di libera scelta
- Medico USL di residenza

Codice sanitario reg. _____

**La visita medica deve essere effettuata
nei 5 giorni antecedenti la partenza**

Regione _____

Azienda USL _____

Distretto _____

Cognome _____

Nome _____

nato/a a: _____ il ____ / ____ / _____

residente a: _____

via: _____

Tel: _____

Esame obiettivo generale: _____

Ectoparassitosi: _____

Patologie in atto: _____

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 la ammissione dello/a stesso/a in comunità.

Data di compilazione: ____ / ____ / _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI

Malattie pregresse:

- q **Morbillo**
- q **Parotite**
- q **Pertosse**
- q **Rosolia**
- q **Varicella**
- q **Scarlattina**
- q **Altre** _____

Allergie: (specificare il tipo)

farmaci _____

pollini _____

polveri _____

muffe _____

alimenti _____

veleno insetti _____

altro _____

Terapie in corso

(specificare farmaci e posologia)

Dieta speciale

(specificare alimenti vietati):

Apparecchi protesici e/o altri ausili:

Firma _____

Data: ____ / ____ / _____