

Vaccinazioni eseguite

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

La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione

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

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

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

Medico compilatore

Qualifica:

☐ Medico di medicina generale

☐ Pediatra di libera scelta

☐ Medico USL di residenza

Codice sanitario reg. _____

DATA DI COMPILAZIONE __/__/__

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

Regione: _____

Azienda USL: _____

Distretto: _____

cognome

nome

nato/a a: _____

il: /__/_/____/

residente a: _____

via _____

Tel: _____

Esame obiettivo generale

Malattie pregresse

☐ morbillo

☐ parotite

☐ pertosse

☐ rosolia

☐ varicella

☐ scarlattina

☐ 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 e 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 stessa/a in comunità