SCHEDA ANAMNESTICA PERSONALE

COGNOME	NOME	M	F
NATO A:	IL:		
RESIDENTE A:			
VIA:	CAP	PROV.	
TEL	E-MAIL		
REGIONE	GRUPPO		
COD. PERS. AGESCI __ __ __ __ __ __	CAPO CLAN di provenienza presente alla Route		
Codice Fiscale			
USL di appartenenza			

DA COMPILARE A CURA DELL'INTERESSATA/O O DI UNO DEGLI ESERCENTI LA POTESTA' GENITORIALE SE R/S MINORENNE

Gruppo sanguigno e fattore Rh		
E' vaccinato/a per :		
Difterite	SI	NO
Tetano Data ultimo richiamo __/__/____	SI	NO
Epatite A	SI	NO
Epatite B	SI	NO
Altro (specificare ….....)	SI	NO
Altro (specificare ….....)	SI	NO
Altro (specificare ….....)	SI	NO
Soffre di malattie metaboliche (diabete, …) ?	SI	NO
Quali ?		
Soffre di malattie cardiache?	SI	NO
Quali ?		
Soffre di disturbi all'apparato respiratorio?	SI	NO
Quali ?		
Soffre di disturbi all'apparato digerente?	SI	NO
Quali ?		
Soffre di malattie croniche di altro tipo?	SI	NO
Quali ?		

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra?
(descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)

Soffre di allergie?	SI	NO
A farmaci quali? (elencare le molecole)		
A pollini quali?		

A alimenti quali?

Ad altro? (descrivere)

Deve praticare particolari diete alimentari? SI NO

Descrivere:

Dovrà assumere farmaci? SI NO

Quali? (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)

Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria

Data: Firma

Firma di uno dei genitori in caso di minorenne

In caso di minorenne reperibilità di una/o dei familiari durante la Route:	Grado di parentela
Nome	Cognome
Tel.	Cell.

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza; in caso di necessità la scheda verrà custodita dai Capi Route e verrà distrutta alla fine dell'evento.

Data: Firma

Firma di uno degli eserci la potesta genitoriale in caso di minorenne

Allegare:

1) In caso di malattie croniche copia di un certificato medico che le attesti o del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria
2) Per i Capi che hanno per l'occasione eseguito un richiamo della vaccinazione antitetanica copia del certificato di vaccinazione riportante la data dell'esecuzione del richiamo
3) Per le terapie in atto da parte di minorenni, i farmaci necessari per tutto il periodo della Route dovranno essere consegnati al Capo dell'Unità R/S in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del minore.