

SCHEDA SANITARIA PER MINORI 0/6 ANNI SANITARY CARD FOR MINORS

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Luogo e data di nascita

nazionalità

Residenza, indirizzo, telefono

Medico curante

| | | | | |
|----------------|-----------|----------|--------------------|----------|
| Difterite | Vaccinato | Si No | | |
| Tetano | Vaccinato | Si No | | |
| Poliomielite | Vaccinato | Si No | | |
| EpatiteB | Vaccinato | Si No | Malattia pregressa | Si No |
| Pertosse | Vaccinato | Si No | Malattia pregressa | Si No |
| Emofilo B | Vaccinato | Si No | Malattia pregressa | Si No |
| Morbillo | Vaccinato | Si No | Malattia pregressa | Si No |
| Parotite | Vaccinato | Si No | Malattia pregressa | Si No |
| Rosolia | Vaccinato | Si No | Malattia pregressa | Si No |
| Varicella | Vaccinato | Si No | Malattia pregressa | Si No |
| Pneumococco | Vaccinato | Si No | Malattia pregressa | Si No |
| Meningococco C | Vaccinato | Si No | Malattia pregressa | Si No |

ALLERGIE

SPECIFICARE

| | |
|--------------------|--|
| Farmaci | |
| Pollini | |
| Polveri | |
| Muffe | |
| Punture di insetti | |

Altro _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto

INTOLLERANZE ALIMENTARI specificare quali

Barrare l'opzione esatta

- **NON** sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
- **E' STATO RICHIESTO** intervento medico, si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

Data

Firma del genitore