

**- SCHEDA MEDICA FEMMINILE -**

Nome e cognome ragazza : \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_

Recapito e numero telefonico dei genitori: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefoni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome, Cognome, indirizzo e telefono del Medico Curante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali malattie infettive ha avuto e quando?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali interventi chirurgici ha subito e quando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali fratture e quando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data dell'ultima vaccinazione o richiamo dell'antitetanica \_\_\_\_\_

Data dell'ultima antitifica \_\_\_\_\_ E' vaccinato per l'epatite B ? \_\_\_\_\_

Deve subire delle limitazioni nella dieta? \_\_\_\_\_

E' intollerante a qualche specifico alimento? \_\_\_\_\_

La ragazza è affetta da qualche malattia? Specificare, eventualmente su un foglio a parte:

- la/e malattia/e \_\_\_\_\_

- se sono attive o inattive al momento attuale \_\_\_\_\_

Se deve assumere farmaci regolarmente, quali e a che dosaggi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se deve assumere farmaci occasionalmente:

- alla comparsa di quali disturbi? \_\_\_\_\_

- tipo di farmaco e dosaggio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha frequenti dolori di testa? \_\_\_\_\_

Ha frequenti dolori di pancia? \_\_\_\_\_

Se rispondete di si:

- passano spontaneamente o usa prendere delle medicine? \_\_\_\_\_

- quali? \_\_\_\_\_

Vomita facilmente? \_\_\_\_\_

Ha mai avuto crisi epilettiche? \_\_\_\_\_ Se si, grande o piccolo male? \_\_\_\_\_

Ha avuto manifestazioni d'intolleranza ai farmaci? \_\_\_\_\_

Agli antibiotici? \_\_\_\_\_ All'aspirina? \_\_\_\_\_ Altri? \_\_\_\_\_

Se si: che tipo di manifestazioni? \_\_\_\_\_

In caso di necessità di antipiretici/antidolorifici, quale farmaco assume abitualmente?

\_\_\_\_\_

Esistono dei farmaci da non somministrare? \_\_\_\_\_

Ha avuto reazioni importanti provocate da puntura d'insetti?:

- Locali (marcato gonfiore, orticarie, etc.)? \_\_\_\_\_

- Generali (ipotensione, asma, orticarie generalizzata, etc.)? \_\_\_\_\_

Se si: specificare di che tipo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La ragazza è sviluppata? \_\_\_\_\_ Se si: da quanto tempo? \_\_\_\_\_

Ha particolari problemi prima e durante il ciclo? \_\_\_\_\_ se si: quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prende qualche medicina? \_\_\_\_\_ quale? \_\_\_\_\_

Ha subito iniezioni di siero? \_\_\_\_\_ Se sì, specificare il tipo di siero, la derivazione e la data di somministrazione. (il siero non è il vaccino che è tutt'altra cosa e non pericolosa)

\_\_\_\_\_

Altre notizie che si ritiene utile fornire ai Capi Reparto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si prega di compilare il presente questionario con accuratezza, interpellando il medico curante, se necessario (di cui sarebbe gradito un visto in calce).

Il questionario è stato compilato da: (Firma) \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Il medico curante è stato interpellato?: \_\_\_\_\_

Visto: \_\_\_\_\_