

- SCHEDA MEDICA MASCHILE -

Nome e cognome ragazzo : _____ 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? _____

Il ragazzo è affetto 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 sì:

- passano spontaneamente o usa prendere delle medicine? _____

- quali? _____

Vomita facilmente? _____

Ha mai avuto crisi epilettiche? _____ Se sì, grande o piccolo male? _____

Ha avuto manifestazioni d'intolleranza ai farmaci? _____

Agli antibiotici? _____ All'aspirina? _____ Altri? _____

Se sì: 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 sì: specificare di che tipo _____

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: _____