

SCHEDA MEDICA PERSONALE

COGNOME _____ NOME _____ M F

NATO A: _____ IL: _____

RESIDENTE A: _____

VIA: _____ CAP: _____ PROV: _____

TEL _____ E-MAIL _____

REGIONE _____ GRUPPO _____

COD. PERS. _____

AGESCI _____ CAPO REPARTO _____

USL di appartenenza: _____

Da compilare come autocertificazione da parte di un genitore o a cura del medico curante

È mestruata? SÌ NO

È vaccinato/a per : _____ SÌ NO

Difterite _____ SÌ NO

Tetano _____ SÌ NO

Epatite A _____ SÌ NO

Epatite B _____ SÌ NO

Altro:..... SÌ NO

Altro: SÌ NO

Soffre di malattie metaboliche ? _____ SÌ NO

Descrivere: _____

Soffre di malattie cardiache? SÌ NO

Descrivere _____

Soffre di disturbi all'apparato respiratorio? SÌ NO

Descrivere _____

Soffre di disturbi all'apparato digerente? SÌ NO

Descrivere: _____

Soffre di malattie croniche di altro tipo? SÌ NO

Descrivere _____

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra ? _____

Soffre di allergie? SÌ NO

Di che tipo? _____

A farmaci quali? (elencare le molecole e anche i nomi dei farmaci) _____

A pollini quali? _____

Allergie ad alimenti, quali?

Altro? (descrivere)

Deve praticare particolari diete alimentari?

Descrivere:

Della dieta alimentare particolare dovrà comunque essere avvisato il capocampetto.

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 del genitore o del medico che ha compilato

Medico curante: dott.

Studio:

Recapiti telefonici:

Reperibilità dei familiari durante il campo:

Tel. _____ Cell. _____

Data: _____ Firma di uno dei genitori

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 campo e verrà distrutta alla fine dell'evento.

Accordo al trattamento dei dati di cui sopra alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.

Data: _____ Firma di uno dei genitori:

1) In caso di malattie croniche, allegare copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.

2) Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai capi reparto i farmaci necessari in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del ragazzo, con allegata la prescrizione medica e la posologia del farmaco.