

SCHEDA MEDICA PERSONALE

COGNOME _____ NOME _____ M _____ F _____

NATO A: _____ IL: _____

RESIDENTE A: _____

VIA: _____ CAP _____ PROV. _____

TEL _____ E-MAIL _____

Codice Fiscale _____

USL di appartenenza _____

Gruppo sanguigno e fattore Rh _____

È mestrata? _____ SI _____ NO _____

E' vaccinato/a per :

Difterite _____ SI _____ NO _____

Tetano _____ SI _____ NO _____

Epatite A _____ SI _____ NO _____

Epatite B _____ SI _____ NO _____

Altro _____ SI _____ NO _____

Altro _____ SI _____ NO _____

Soffre di malattie metaboliche ? _____ SI _____ NO _____

Descrivere _____

Soffre di malattie cardiache? _____ SI _____ NO _____

Descrivere: _____

Soffre di disturbi all'apparato respiratorio? _____ SI _____ NO _____

Descrivere: _____

Soffre di disturbi all'apparato digerente? _____ SI _____ NO _____

Descrivere: _____

Soffre di malattie croniche di altro tipo? _____ SI _____ NO _____

Descrivere: _____

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

Soffre di allergie? _____ SI _____ NO _____

Di che tipo? _____

A farmaci quali? (elencare le molecole) _____

A pollini quali? _____

A alimenti quali? _____

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

Reperibilità dei familiari durante il musicampus:

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 Responsabili e verrà distrutta alla fine dell'evento.

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

Data: Firma di uno dei genitori

Allegare:

- 1) In caso di malattie croniche copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria;
- 2) Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati ai responsabili i farmaci necessari in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del ragazzo.