

REGIONE PIEMONTE
SCHEDA SANITARIA PER SOGGIORNI VACANZA

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Nazionalità _____

Residenza: indirizzo e telefono _____

Medico curante _____

Cod. Fiscale _____ N° ASL _____

MALATTIE PREGRESSE:

<i>Morbillo</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	<i>Vaccinato</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>Parotite</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	<i>Vaccinato</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>Pertosse</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	<i>Vaccinato</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>Rosolia</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	<i>Vaccinato</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>Varicella</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	<i>Vaccinato</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ALLERGIE (SPECIFICARE):

Farmaci _____
Pollini _____
Polveri _____
Muffe _____
Punture di insetti _____

Altro _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto: _____

Intolleranze alimentari: _____

BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA:

- Non sono stati richiesti interventi medici negli ultimi 5 giorni
- È stato richiesto intervento medico — si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

Data _____

(Timbro e firma)

(nel caso di minori firma chi esercita la potestà parentale)

VACCINAZIONI

È STATO EFFETTUATO UN CICLO COMPLETO DELLE SEGUENTI VACCINAZIONI:

(se no, annotare la data dell'ultimo richiamo) _____

<i>Antitetanica</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
<i>Antidifterica</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
<i>Antipoliomielitica</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
<i>Antiepatite B</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____
<i>Antimorbillosa</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	_____

Data _____

(Timbro e firma)

AVVISO IMPORTANTE

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali n. 675/96 e successive modificazioni.