



SCHEDA MEDICO-SANITARIA

NOME E COGNOME _____ NUM. ASL _____

CODICE FISCALE _____

_____ EVENTUALE ESENZIONE TICKET _____

A) REPERIBILITA' PER CASI D' EMERGENZA

A.1) Recapito dei genitori o di un familiare da contattare per casi di emergenza

Il recapito verrà indicato nel modulo di iscrizione da rinnovarsi ogni anno

A.2) Il medico curante:

Cognome e nome _____ indirizzo e città _____

telefono abitazione _____ / _____ telefono ambulatorio _____ / _____

B) SITUAZIONE PERSONALE

B.1) Eventuali difetti strutturali:

Patologie respiratorie croniche o ricorrenti _____

Patologie cardiache croniche o ricorrenti _____

Malformazioni genetiche _____

Disfunzioni uditive _____

Disfunzioni visive _____

Problemi di deambulazione e/o coordinazione nei movimenti _____

Problemi di equilibrio _____

Disfunzioni nella coagulazione del sangue _____

Disfunzioni endocrine (es. diabete) _____

Disfunzioni neurologiche _____

Problemi di tipo psicologico _____

Altro _____

B.2) Allergie:

Alimenti _____

Farmaci _____

Altro _____

B.3) Reazioni allergiche in caso di profilassi con sieri (indicare il tipo di siero, il tipo di reazione sofferta e la terapia effettuata)

B.4) Farmaci utilizzati abitualmente (indicare il nome del /dei farmaco/i usati e la posologia):

per forme influenzali _____

per altre patologie (specificare patologia e farmaco) _____

B.5) Riservato alle ragazze:

Disturbi in occasione del ciclo mestruale _____

Farmaci assunti in occasione del ciclo mestruale _____

B.6) Gruppo sanguigno _____



C) STORIA PERSONALE

C.1) Patologie gravi sofferte in passato

C.2) Malattie infettive sofferte in passato

C.3) Interventi chirurgici subiti

Intervento	Anno	Ospedale (Nome, città)

C.4) Vaccinazioni effettuate (quelle già scritte nel modulo sono obbligatorie)

Vaccino	Data ultimo richiamo	Scadenza
Difterite		
Tetano		
Poliomielite		
Epatite virale B		

C.5) Incidenti e infortuni rilevanti

Descrizione	Anno	Ospedale eventuale ricovero	Note

C.6) Episodi di perdita di coscienza, svenimenti (indicare anno, circostanze in cui sono avvenuti, terapie effettuate o in corso)

D) CONTROINDICAZIONI

D.1) Ha mai presentato reazioni allergiche ai mezzi di contrasto o ad altri farmaci usati negli esami diagnostici o in indagini radiologiche?

Si (indicare le circostanze e il farmaco usato) _____

No

D.2) Ha mai presentato reazioni particolari o circostanze che rendano controindicato l'uso di un farmaco o di una particolare terapia?

Si (indicare situazione e farmaco usato) _____

No

E) ALTRE NOTIZIE

E.1) Altre notizie (avvertimenti, precauzioni alimentari o generali, ecc.):

E.2) E' stato interpellato il medico curante al momento di compilare questa scheda ?

Si



DICHIARAZIONE

Io sottoscritt _____ nato a _____ il ___/___/___
genitore di _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

1. Nella presente scheda medica sono contenute in forma esatta e completa tutte le notizie riguardanti le condizioni di salute psico-fisica di mi_ figli_.
2. Sono consapevole che le attività scout proposte a mio figli_ e le cure mediche che le/gli saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno impostate dai Capi e dai medici basandosi unicamente sulle informazioni contenute in questa scheda medica.
3. Sono consapevole che è mio dovere comunicare ai Capi del Gruppo Scout AGESCI Prato 1° ogni variazione intervenuta posteriormente alla data di compilazione della presente scheda in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti riguardo l'assistenza e la tutela dei minori.
4. Sono consapevole che in caso di incidenti gravi avvenuti nel corso delle attività scout, i Capi tenderanno sempre di informarmi e chiedere il mio consenso alle terapie da eseguire, utilizzando i recapiti contenuti nella scheda anagrafica rinnovata annualmente; in caso tale comunicazione risulti impossibile, autorizzo tutti i Capi del Gruppo Scout AGESCI Prato 1° a prendere tutte le misure che riterranno opportune per salvaguardare la salute di mi__ figli__, ivi compreso il ricovero ospedaliero e l'intervento chirurgico d'urgenza, previo il parere dei medici responsabili del soccorso

Prato li, ___/___/___

Firma Genitore:

Firma del Capo referente:
