

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI**

Cognome  Nome   
Luogo di Nascita  Data  Nazionalità   
C.F.   
Indirizzo di residenza  Cap.   
Comune di residenza  Prov.   
Medico Curante  Ausl

**VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE**

Morbillo	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Parotite	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Rosolia	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Pertosse	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Varicella	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Tetano	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Epatite B	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>
Meningococco C	Vaccinato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

**ALLERGIE**

Presenta allergie di qualche tipo: SI  NO

Se si specificare quali:

Farmaci SI  NO    
Pollini SI  NO    
Polveri SI  NO    
Muffe SI  NO    
Punture di Insetti SI  NO    
Altre SI  NO

**INTOLLERANZE ALIMENTARI e PATOLOGIE**

Presenta intolleranze alimentari di qualche tipo: SI  NO

Se si specificare quali:

Presenta altre patologie o terapie in atto di qualche tipo: SI  NO

Se si specificare quali:

Data

Firma