

SCHEMA MEDICA

Cognome:.....Nome.....

Data di nascita:.....Numero tessera sanitaria:.....

Data ultima vaccinazione anti-tetanica:.....

Indirizzo e recapito telefonico della famiglia durante il periodo di soggiorno al campeggio:

.....

.....

| | | | |
|---|---|----|----|
| 1 | Ha subito iniezioni di siero (antitetanico, antibiotico,...), oltre alle vaccinazioni classiche (riportate in fondo a questa scheda)? | Si | No |
| 2 | Deve seguire limitazioni nella dieta? Se si, specificare: | Si | No |
| 3 | Ha frequenti dolori: - di testa | Si | No |
| | - di pancia? | Si | No |
| | Se si, prende delle medicine? (Specificarle): | Si | No |
| 4 | Ha facilità di vomito? | Si | No |
| 5 | E' soggetto a frequenti perdite di sangue dal naso? | Si | No |
| 6 | Presenta alterazioni della coagulazione del sangue? | Si | No |
| 7 | Soffre di allergia? | Si | No |
| | Se si, da quali fattori è provocata tale allergia? | | |
| | - Polline (specificare): | Si | No |
| | - Polvere o acari | Si | No |
| | - Punture d'insetti (specificare): | Si | No |
| | - Altro (specificare): | Si | No |

| | | | |
|---|---|----|----|
| | In che modo si manifesta tale allergia? | Si | No |
| | - Asma | Si | No |
| | - Raffreddore stagionale | Si | No |
| | - Eczema, orticaria | Si | No |
| | - Gonfiore, dolore | Si | No |
| | - Pallore, svenimento | Si | No |
| | - Altro (specificare): | Si | No |
| 8 | In passato ha assunto antibiotici? | Si | No |
| | Se si, ha avuto conseguenti manifestazioni di intolleranza? | Si | No |
| | In passato ha assunto aspirina? | Si | No |
| | Se si, ha avuto conseguenti manifestazioni di intolleranza? | Si | No |

Qui di seguito Vi invitiamo a segnalarci qualsiasi cosa riguardi la salute di Vostro figlio/a e che non sia stata menzionata nelle domande precedenti...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firme dei genitori:

.....

.....