

SCHEDA SANITARIA PER L'AMMISSIONE AI
SOGGIORNI DI VACANZA

REGIONE TOSCANA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N. 5

(DA COMPILARSI NEI 5 GIORNI PRECEDENTI L'INIZIO DELL'ATTIVITÀ)

Servizio n° _____

Distretto Socio Sanitario

Nome _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita

Indirizzo _____

n° telefono _____

Esame obiettivo generale

Malattie pregresse

- morbillo
- parotite
- pertosse
- rosolia
- varicella

scarlattina

altro: _____

Allergie:

farmaci _____

pollini _____

polveri _____

muffe _____

alimenti _____

veleno insetti _____

altro: _____

Patologie in atto:

ectoparassitosi _____

Terapie in corso (specificare farmaci e posologie):

Dieta speciale (specificare alimenti vietati):

Apparecchi protesici e/o altri ausili:

Il/la minore non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/a stesso/a in comunità.

MEDICO COMPILATORE

Qualifica

Medico di medicina generale

Pediatra di libera scelta

Medico USL di residenza

Codice sanitario reg. _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE
