

SCHEDA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS

| | |
|--|----------------------|
| | |
| cognome-surname | nome-first name |
| | |
| Luogo e data di nascita – place and date of birth | nazionalità – |
| | |
| nationality Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone | |
| | |
| Medico curante – doctor in charge | Codice Fiscale: AUSL |

VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE
VACCINATIONS - PREVIOUS DISEASES

| | | | | |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Difterite | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/> | | |
| Diphtheria | | No <input type="checkbox"/> | | |
| Tetano | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/> | | |
| Tetanus | | No <input type="checkbox"/> | | |
| Poliomielite | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/> | | |
| Poliomyelitis | | No <input type="checkbox"/> | | |
| Epatite B | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - | Sì - Yes <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis B | | No <input type="checkbox"/> | Previous disease | No <input type="checkbox"/> |
| Pertosse | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - | Sì - Yes <input type="checkbox"/> |
| Pertussis | | No <input type="checkbox"/> | Previous disease | No <input type="checkbox"/> |
| Emofilo b | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - | Sì - Yes <input type="checkbox"/> |
| Haemophilus b | | No <input type="checkbox"/> | Previous disease | No <input type="checkbox"/> |
| Morbillo | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - | Sì - Yes <input type="checkbox"/> |
| Measles | | No <input type="checkbox"/> | Previous disease | No <input type="checkbox"/> |
| Parotite | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - | Sì - Yes <input type="checkbox"/> |
| Mumps | | No <input type="checkbox"/> | Previous disease | No <input type="checkbox"/> |
| Rosolia | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - | Sì - Yes <input type="checkbox"/> |
| Rubella | | No <input type="checkbox"/> | Previous disease | No <input type="checkbox"/> |
| Varicella | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - | Sì - Yes <input type="checkbox"/> |
| Varicella | | No <input type="checkbox"/> | Previous disease | No <input type="checkbox"/> |
| Pneumococco | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - | Sì - Yes <input type="checkbox"/> |
| Pneumococcal | | No <input type="checkbox"/> | Previous disease | No <input type="checkbox"/> |
| Meningococco C | Vaccinato - vaccinated | Sì - Yes <input type="checkbox"/> | Malattia pregressa - | Sì - Yes <input type="checkbox"/> |
| Meningococcal C | | No <input type="checkbox"/> | Previous disease | No <input type="checkbox"/> |

ALLERGIE – ALLERGIES

| | specificare - specify |
|------------------------------------|-----------------------|
| Farmaci - Drugs | |
| Pollini - Pollens | |
| Polveri - Dusts | |
| Muffe - Moulds | |
| Punture di insetti - Insect stings | |
| | |

Intolleranze alimentari – Food intolerances: _____

Altro - Other diseases: _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – Included papers concerning diseases and therapies in progress:

Data - date

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale
Signature of the person exercising parental authority