

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
V A C C I N A T I O N S - P R E V I O U S D I S E A S E S

Difterite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐		
Diphtheria		No ☐		
Tetano	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐		
Tetanus		No ☐		
Poliomielite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐		
Poliomyelitis		No ☐		
Epatite B	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Hepatitis B		No ☐	Previous disease	No ☐
Pertosse	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Pertussis		No ☐	Previous disease	No ☐
Emofilo b	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Haemophilus b		No ☐	Previous disease	No ☐
Morbillo	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Measles		No ☐	Previous disease	No ☐
Parotite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Mumps		No ☐	Previous disease	No ☐
Rosolia	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Rubella		No ☐	Previous disease	No ☐
Varicella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Varicella		No ☐	Previous disease	No ☐
Pneumococco	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Pneumococcal		No ☐	Previous disease	No ☐
Meningococco C	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Meningococcal C		No ☐	Previous disease	No ☐

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