

## SCHEDA SANITARIA PER MINORI

(le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalla Legge 675/96 sulla tutela della privacy)

Medico compilatore:.....

Timbro e firma leggibile:

Qualifica:

- Medico di medicina generale  
 Pediatra di libera scelta  
 Medico USL di residenza

Codice sanitario regionale:.....

Data di compilazione:.....

### DATI ANAGRAFICI

Regione:.....

Azienda USL:.....

Distretto:..... Libretto sanitario num.:.....

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

Nato/a a:..... il giorno:.....

Residente a:.....

Via/numero civico:.....

### Esame obiettivo generale:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Terapie in corso (specificare farmaci e posologia):

.....  
.....  
.....  
.....

*Il 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.*

### Malattie pregresse

- morbillo  
 parotite  
 pertosse  
 rosolia  
 varicella  
 scarlattina  
 altro:.....

**Allergie** (specificare farmaci, pollini, polveri, muffe, alimenti, veleno insetti, altro)

.....  
.....  
.....  
.....

### Patologie in atto

.....  
.....  
.....  
.....

### Vaccinazioni eseguite

(la compilazione di questa parte può essere sostituita dalla fotocopia del libretto di vaccinazione)

	I dose	II dose	III dose		I dose	II dose	III dose
DT	__/__/__	__/__/__	__/__/__	Antiepatite B	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Richiami:	__/__/__	__/__/__		MPR	__/__/__	__/__/__	
DTP	__/__/__	__/__/__	__/__/__	Morbillo	__/__/__	__/__/__	
Richiami:	__/__/__	__/__/__		Parotite	__/__/__		
Polio	__/__/__	__/__/__	__/__/__	Rosolia	__/__/__		
Richiami:	__/__/__	__/__/__		Haemophilus b	__/__/__	__/__/__	__/__/__
				altro:	__/__/__	__/__/__	__/__/__