

SCHEMA SANITARIA

DATI SANITARI

N° tessera sanitaria _____

Patologie in atto	
Patologie pregresse	

Il/la minore non presenta sintomi o 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/la stesso/a in comunità. Le seguenti informazioni vengono richieste a mero scopo precauzionale, per essere poste a disposizione di personale medico solamente in caso di emergenza, e per comunicare ai responsabili del camposcuola le informazioni sanitarie che riguardano il/la ragazzo/a.

Le informazioni richieste sono necessarie e utili al fine di assicurare ai ragazzi/e il miglior trattamento medico/sanitario adeguato al caso, nella malaugurata ipotesi in cui sia necessario intervenire con cure mediche per malattie ed infortuni occorsi durante le attività del camposcuola ed allo scopo di evitare situazioni di pericolo per l'incolumità propria e degli altri.

Le informazioni contenute nella presente scheda saranno utilizzate e comunicate esclusivamente a quelle persone che per motivi di servizio devono conoscere la storia sanitaria dei ragazzi/e nel rispetto della normativa sulla privacy.

Per quanto sopradetto, è importante che la presente scheda venga compilata in ogni sua parte, per questo motivo, nel caso in cui non si ritenga di compilare alcune parti della scheda le stesse dovranno essere sbarrate in modo da dimostrare che sono state lette.

Principali malattie pregresse	morbillo	Sì	No
	parotite	Sì	No
	pertosse	Sì	No
	rosolia	Sì	No
	varicella	Sì	No
	scarlattina	Sì	No
	altre	Sì	No

Allergie	Farmaci:
	Pollini:
	Polveri:
	Muffe:
	Veleno insetti:
	Alimenti:
	Altro:
Terapie in corso	

Dieta particolare (specificare alimenti vietati)	
Notizie utili per il medico	
Apparecchi protesici o altri ausili	

CONTROINDICAZIONI

Il figlio/a è portatore di apparecchiature elettriche, elettroniche, meccaniche, di protesi o corpi estranei in materiale ferromagnetico che rendano controindicato l'esame RSM (Risonanza Magnetica Nucleare)?	SI	NO
Il figlio/a ha mai presentato reazioni allergiche ai mezzi di contrasto o altri farmaci usati negli esami diagnostici o in indagini radiologiche? (se "si" indicare le circostanze ed il farmaco qui sotto)	SI	NO

Nostro figlio/a, nelle seguenti occasioni assume i seguenti farmaci:

	Tipo di farmaco	Posologia	Modalità di assunzione
Febbre			
Piccole ustioni			
Punture insetti			
Contusioni, distornioni			
Dolori/malessere intestinale (altro...)			

Allegare **NECESSARIAMENTE** la fotocopia della tessera sanitaria **E** del libretto delle vaccinazioni;

- In caso di malattie croniche copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria;
- **Per le terapie già instaurate dovranno essere consegnati agli educatori i farmaci necessari in un contenitore idoneo con la relativa posologia.**

RECAPITI UTILI PER IL RINTRACCIO DEI GENITORI

Genitore (cognome e nome) _____ n. di telefono _____
residenza _____

Genitore (cognome e nome) _____ n. di telefono _____
residenza _____

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/___
genitore di _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

- 1) Nella presente scheda medica sono contenute in forma esatta e completa tutte le notizie riguardanti le condizioni di salute psico/fisica di mi__ figli__
- 2) Sono consapevole che le attività del camposcuola proposte a mio figli_ e le cure mediche che le/gli saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno impostate dai responsabili e dai medici basandosi unicamente sulle informazioni contenute in questa scheda medica.
- 3) Sono consapevole che è mio dovere comunicare ai responsabili del campo ogni variazione intervenuta posteriormente alla data di compilazione della presente scheda in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti riguardo l'assistenza e la tutela dei minori

(luogo e data)

(firma)

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del responsabile/assistente del camposcuola e dei medici al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. Avendo preso piena consapevolezza delle finalità del trattamento ai sensi delle vigenti norme in materia di privacy, acconsento al trattamento dei dati di cui sopra in relazione al loro utilizzo.

(luogo e data)

(firma)