

SCHEDA MEDICA PERSONALE



Cognome e nome : _____

Indirizzo : _____

N° foglio sanitario : _____

Reperibilità in caso di necessità dei genitori o di un familiare (Nome, grado di parentela, telefono)

Nome, indirizzo e telefono del medico curante : _____

Ha sofferto di patologie gravi in passato ? Quali malattie infettive ha avuto ? Quando ? _____

Gruppo sanguigno : _____

Fratture? Quali ? Quando ? _____

E' portatore di patologie croniche ? (Quali? Quando ?) _____

Fa uso abitudinario di farmaci ? (Quali? Dosaggi?) _____

Occasionalmente, per forme influenzali, che farmaci usa ? _____

E' intollerante o allergico a qualche farmaco?(Quale? Quali sono stati i farmaci non tollerati?) _____

Vaccinazione antitetanica : data ultimo richiamo : _____

Ha effettuato altre vaccinazioni ? (quali? Ultimi richiami ?) _____

Ha mai presentato sintomi di allergia in occasione di profilassi con sieri ? (Antitetanico? ...) Quali?
Tipo di siero ? Quando ? _____

In caso di eventi gravi (tali da mettere in pericolo la vita o lo stato di salute) e che richiedono decisioni immediate in ordine a ricoveri, trasferimenti e terapie in genere anche chirurgiche, indipendentemente alla tempestiva comunicazione ai familiari reperibili che sarà sempre tentata, è necessario che il genitore o chi ne fa le veci, dichiararsi di rimettersi, finchè assente, alle decisioni dei Responsabili scout e dell' Equipe medica di assistenza.

Firma di accettazione : _____

Chi ha compilato il questionario ? (nome e cognome) _____

E' stato interpellato il medico curante? _____

Allegare fotocopia del libretto sanitario.