



Scheda Medica Personale

Nome _____

Cognome _____

Nato/a _____ Il _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ CAP _____ Prov. _____

Tel. _____ E-mail _____

Regione _____ Gruppo _____

Cod. pers. AGESCI _____ N° Tesserino Sanitario _____

Codice Fiscale _____

ASL di appartenenza _____

Gruppo Sanguigno e fattore Rh _____

É mestrata? Si No

É vaccinato/a per:

Difterite Si No

Epatite A Si No

Epatite B Si No

Antipertossica Si No

Antipolio Si No

Antitetanica (data ultimo richiamo) _____ Si No

Antivaiolo Si No

Altro _____ Si No

Soffre di malattie metaboliche? Si No

Se si, descrivere: _____

Soffre di malattie cardiache? Si No

Se si, descrivere: _____

Soffre di disturbi all'apparato respiratorio? Si No

Se si, descrivere: _____

Soffre di disturbi all'apparato digerente? Si No

Se si, decrivere: _____

Soffre di malattie croniche di altro tipo? Si No

Se si, descrivere: _____

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di

cui sopra?

Soffre di allergie? Si No

Se si, descrivere: _____

A farmaci, quali? (Elencare le molecole) _____

A pollini, quali? _____

Ad alimenti, quali? _____

Altro? (Descrivere) _____

Deve praticare particolari diete alimentari? Si No

Se si, descrivere: _____

Dovrà assumere farmaci? Si No

Se si, descrivere (descrivere la terapia con nome del farmaco e posologia):

Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria: _____

Medico curante: _____

Studio: _____

Recapiti telefonici: _____

Reperibilità dei familiari: Mamma Nome: _____

Tel. _____ Cell. _____

Reperibilità dei familiari: Papà Nome: _____

Tel. _____ Cell. _____

Reperibilità dei familiari: Nome: _____

Tel. _____ Cell. _____

Le notizie sopra riportate saranno messe a disposizione del personale sanitario al fine di garantire una più efficace assistenza in caso di necessità. La scheda sarà custodita esclusivamente dai Capi Unità.

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/03, acconsento al trattamento dei dati sensibili di cui sopra, alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo.

Data _____ Firma _____

Firma _____

1) Tesserino Sanitario.

2) In caso di malattie croniche, allegare copia del tesserino di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.

3) Per le terapie già instaurate, dovranno essere consegnati ai Capi i farmaci necessari in un contenitore rigido contrassegnato da nome e cognome del/la ragazzo/a, con allegata la prescrizione medica e la posologia del farmaco.