

REGIONE PIEMONTE SCHEDA SANITARIA PER SOGGIORNI VACANZA

Cognome _____ Nome _____ luogo e
data di nascita _____ nazionalità _____ residenza
_____ medico curante _____ n° libretto
sanitario _____ ASL _____

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Parotite	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Pertosse	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Rosolia	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Varicella	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

ALLERGIE (specificare):

Farmaci _____
Pollini _____
Polveri _____
Muffe _____
Punture di insetti _____

Altro _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto:

Intolleranze alimentari: _____

BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA:

- Non sono stati richiesti interventi medici negli ultimi 5 giorni
 È stato richiesto intervento medico, si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività.

VACCINAZIONI

È STATO EFFETTUATO UN CICLO COMPLETO DELLE SEGUENTI VACCINAZIONI

(se no annotare la data dell'ultimo richiamo)

Antitetanica	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Antidifterica	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Antipoliomelitica	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Antiepatite B	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Antimorbillosa	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____

Data _____

(firma di chi esercita la potestà parentale)

AVVISO IMPORTANTE

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali n. 675/96 e successive modificazioni.

REGIONE PIEMONTE SCHEDA SANITARIA PER SOGGIORNI VACANZA

Cognome _____ Nome _____ luogo e
data di nascita _____ nazionalità _____ residenza
_____ medico curante _____ n° libretto
sanitario _____ ASL _____

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Parotite	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Pertosse	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Rosolia	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Varicella	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

ALLERGIE (specificare):

Farmaci _____
Pollini _____
Polveri _____
Muffe _____
Punture di insetti _____

Altro _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto:

Intolleranze alimentari: _____

BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA:

- Non sono stati richiesti interventi medici negli ultimi 5 giorni
 È stato richiesto intervento medico, si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività.

VACCINAZIONI

È STATO EFFETTUATO UN CICLO COMPLETO DELLE SEGUENTI VACCINAZIONI

(se no annotare la data dell'ultimo richiamo)

Antitetanica	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Antidifterica	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Antipoliomelitica	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Antiepatite B	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____
Antimorbillosa	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	_____

Data _____

(firma di chi esercita la potestà parentale)

AVVISO IMPORTANTE

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali n. 675/96 e successive modificazioni.