

Scheda sanitaria - 1/4

La scheda deve essere compilata in tutte le sue parti dal medico di base

1 Dati studente

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE			
NATO/A IL GG/MM/AAAA		A	
		PROV	
STATO			
RESIDENTE IN		PROV	
		STATO	
INDIRIZZO			CAP
TELEFONO FISSO			
	FAX		
TELEFONO MOBILE			
EMAIL			

2 Anamnesi

- Malattie esantematiche
 - ☐ Morbillo
 - ☐ Rosolia
 - ☐ Varicella
 - ☐ Scarlattina
 - ☐ Altri esantemi
- Altre
 - ☐ Parotite
 - ☐ Pertosse
 - ☐ Difterite
 - ☐ Altro

3 Vaccinazioni effettuate

(La compilazione della parte sottostante può essere sostituita dalla copia del certificato di vaccinazione)

• Antitetanica

ULT. RICHIAMO

• Difterite/tetano

1ª DOSE

2ª DOSE

3ª DOSE

ULT. RICHIAMO

• Difterite/tetano/pertosse

1ª DOSE

2ª DOSE

3ª DOSE

ULT. RICHIAMO

• Poliomielite

1ª DOSE

2ª DOSE

3ª DOSE

ULT. RICHIAMO

Scheda sanitaria - 2/4

La scheda deve essere compilata in tutte le sue parti dal medico di base

• AntiepatiteB

1ª DOSE

2ª DOSE

3ª DOSE

• Mpr

1ª DOSE

2ª DOSE

• Morbillo

1ª DOSE

2ª DOSE

• Parotite

1ª DOSE

2ª DOSE

• Rosolia

1ª DOSE

2ª DOSE

• HaemophilusB

1ª DOSE

2ª DOSE

3ª DOSE

• Altre (specificare)

1ª DOSE

2ª DOSE

3ª DOSE

• Altre (specificare)

1ª DOSE

2ª DOSE

3ª DOSE

• Altre (specificare)

1ª DOSE

2ª DOSE

3ª DOSE

• Altre (specificare)

1ª DOSE

2ª DOSE

3ª DOSE

Scheda sanitaria - 3/4

La scheda deve essere compilata in tutte le sue parti dal medico di base

- Altre (specificare)

1ª DOSE

2ª DOSE

3ª DOSE

GRUPPO SANGUIGNO
☐ A

☐ B

☐ AB

☐ 0 (zero)

FATTORE Rh
☐ Positivo

☐ Negativo

● Allergie

- Alimentari (in caso di diete speciali specificare gli alimenti vietati)

- Farmacologiche (in caso di allergie farmacologiche, specificare i farmaci alternativi a quelli in causa)

- Varie (pollini, graminacee, polveri, muffe, veleno insetti, etc.)

- Terapia in corso

.....

- Vaccino desensibilizzante

.....

● Patologia in atto

- Malattie dell'apparato respiratorio ☐ No ☐ Si

in modo particolare

asma bronchiale terapie in corso

tonsilliti frequenti terapie in corso

- Malattie del sistema endocrino e del metabolismo: ☐ No ☐ Si

in modo particolare

terapia

Scheda sanitaria - 4/4

La scheda deve essere compilata in tutte le sue parti dal medico di base

- Malattie del sistema nervoso: ☐ No ☐ Si

in modo particolare _____
 terapia _____

- Malattie del sistema uro-genitale: ☐ No ☐ Si

in modo particolare _____
 terapia _____

- Malattie dell' apparato digerente: ☐ No ☐ Si

in modo particolare _____
 terapia _____

- Malattie dell'apparato osteoarticolare: ☐ No ☐ Si

in modo particolare _____
 terapia _____

- Malattie della pelle: ☐ No ☐ Si

in modo particolare _____
 terapia _____

- Ectoparassitosi _____

- Interventi chirurgici: _____

- Altre nozioni sanitarie utili

- Esame obiettivo generale

Lo studente 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 precluderne l'ammissione. Lo studente è esente da patologie incompatibili con la vita di comunità.

Luogo _____ Data _____ Timbro con codice e firma del medico curante _____