

Regione: \_\_\_\_\_  
Azienda USL: \_\_\_\_\_  
Distretto: \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_  
nome \_\_\_\_\_

nato/a a: \_\_\_\_\_  
il: / \_\_\_ / \_\_\_ /

residente a: \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_

**Esame obiettivo generale**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Malattie pregresse**

- morbillo
  - parotite
  - pertosse
  - rosolia
  - varicella
  - scarlattina
  - altro: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergie**

(specificare il tipo)  
farmaci \_\_\_\_\_  
pollini \_\_\_\_\_  
polveri \_\_\_\_\_  
muffe \_\_\_\_\_  
alimenti \_\_\_\_\_  
veleno insetti \_\_\_\_\_  
altro: \_\_\_\_\_

**Patologie in atto**

ectoparassitosi \_\_\_\_\_

**Terapie in corso**  
(specificare farmaci e posologia)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dieta speciale**  
(specificare alimenti vietati)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

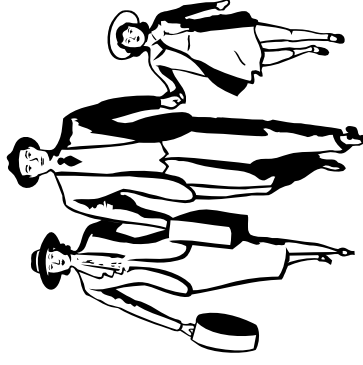
**Apparecchi protesici e/o altri ausili**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la minore 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 precludere l'ammissione dello/a stessa/a in comunità

**Vaccinazioni eseguite**

I dose	II dose	III dose
DT    _/_/_	_/_/_	_/_/_
Richiami_/_/_	_/_/_	
DTP   _/_/_	_/_/_	_/_/_
Richiami_/_/_	_/_/_	
polio  _/_/_	_/_/_	_/_/_
Richiami_/_/_	_/_/_	
antiepatite B		
_/_/_	_/_/_	_/_/_
MPR   _/_/_	_/_/_	_/_/_
morbillo_/_/_	_/_/_	
parotite_/_/_		
rosolia_/_/_		
haemophilus b		
_/_/_	_/_/_	_/_/_
altre (specificare)		
_/_/_	_/_/_	_/_/_
_/_/_	_/_/_	_/_/_



La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione

Le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalla Legge 675/96 sulla tutela della privacy

Allegato A  
 Alla Circolare  
 Ministero Sanità  
 n° ... del \_/\_/\_

**SCHEDA SANITARIA  
 PER MINORI  
 OSPITI  
 DI SOGGIORNI  
 DI VACANZA**

Medico compilatore \_\_\_\_\_

Qualifica:

- Medico di medicina generale
- Pediatra di libera scelta
- Medico USL di residenza

Codice sanitario reg. \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE \_/\_/\_

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE