

# SCHEDA SANITARIA MARYMOUNT INTERNATIONAL SCHOOL

Si richiede la compilazione in ogni sua parte del presente modulo da parte del medico curante.  
La scheda sanitaria deve essere rinnovata ogni 3 anni.

## DATI PERSONALI (in stampatello)

Nome dello studente: \_\_\_\_\_ Grade/Classe \_\_\_\_\_

Cognome

Nome

Data di Nascita: \_\_\_\_\_ Sesso: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

giorno / mese / anno

**ANAMNESI MEDICA.** Si prega di indicare le malattie avute da vostro figlio tra quelle riportate:

Disturbo di conduzione: Convulsioni infantili: \_\_\_\_\_ Convulsioni febbrili: \_\_\_\_\_ Epilessia: \_\_\_\_\_

Asma: \_\_\_\_\_ Diabete: \_\_\_\_\_ Cefalee: \_\_\_\_\_

Si prega di specificare: \_\_\_\_\_

È allergico ad alcuni medicinali, insetti, o altro? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si prega di indicare il tipo di allergia e il trattamento necessario: \_\_\_\_\_

Vostro figlio ha allergie di tipo alimentare o segue una dieta specifica? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si prega di specificare: \_\_\_\_\_

Si prega di scrivere qualsiasi tipo di condizione medica importante della quale la scuola debba essere avvisata: \_\_\_\_\_

È mai stato ricoverato o operato? \_\_\_\_\_

Soffre di malattie a lungo termine? \_\_\_\_\_

Prende medicinali regolarmente? \_\_\_\_\_

Necessita di occhiali da vista? \_\_\_\_\_ Ha problemi di udito? \_\_\_\_\_

Vostro figlio/a è in cura presso uno psicologo? Si prega di specificare: \_\_\_\_\_

Numero della tessera sanitaria - ASL: \_\_\_\_\_

Numero della polizza assicurativa: \_\_\_\_\_

## AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI:

Nell'eventualità di un'emergenza medica, sono consapevole che sarà fatto tutto il possibile per contattare i genitori. Se ciò non sarà possibile, autorizzo la scuola a dare o ottenere tutta l'assistenza medica necessaria:

Nell'eventualità di un'emergenza medica e in assenza di genitori/tutori, si prega di contattare:

Nome: \_\_\_\_\_ Telefono fisso: \_\_\_\_\_ Telefono cellulare: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL GENITORE:** \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## VACCINI

Compilare la tabella sottostante o inviare in allegato una copia del libretto.

Eta	Vaccinazioni	Data somministrate
3 mese di vita	Polio Salk (eIPV)	
	DiftoTetanoPertosse ac. (DTPa)	
	Epatite B	
	Antiemofilo b, Antipneumococco coniug., Antimeningococco C	
5 mese di vita	Polio Salk (eIPV)	
	DiftoTetanoPertosse ac. (DTPa)	
	Epatite B	
	Antiemofilo b, Antipneumococco coniug., AntimeningococcoC	
11-12 mese di vita	Polio Salk (eIPV)	
	DiftoTetanoPertosse ac. (DTPa)	
	Epatite B	
	Antiemofilo b, Antipneumococco coniug., AntimeningococcoC	
12-15 mese di vita	Morbillo, Rosolia, Parotite, Varicella	
Entro il 3° anno di vita 4 - 6 anni	Polio Salk (eIPV)	
	Difto-Tetano-Pertosse acell. (DTPa)	
	Morbillo, Rosolia, Parotite	
12 anno di vita	Epatite B*	
11-15 anno di vita	Richiamo Difto-Tetano (dose adulti Td)**	
	Varicella	

\* (3 dosi : 0-1-6 mesi) per gli adolescenti non precedentemente vaccinati ai sensi della Legge 165/91

\*\* da effettuarsi sempre ogni 10 anni

## VISITA MEDICA (di competenza del MEDICO CURANTE):

Altezza: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Cuore: \_\_\_\_\_

Cuore battito \_\_\_\_\_ Naso: \_\_\_\_\_ Bocca: \_\_\_\_\_

Denti: \_\_\_\_\_ Polmoni: \_\_\_\_\_ Pelle: \_\_\_\_\_

Addome: \_\_\_\_\_ Riflessi: \_\_\_\_\_ Scoliosi: \_\_\_\_\_

Udito: \_\_\_\_\_ Vista: \_\_\_\_\_

Sviluppo: \_\_\_\_\_ Anamnesi mestruale: \_\_\_\_\_

Commenti \_\_\_\_\_

Certifico che questo/a bambino/a è fisicamente in grado di partecipare a tutte le attività sportive agonistiche della Marymount International School.

Nome del Medico: \_\_\_\_\_ Numero di telefono: \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Medico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_