

Scheda Sanitaria dell'alunno/a N. ____ dell'elenco della classe III sez.

Iniziali nome e cognome: _____

GRUPPO SANGUIGNO: _____

È vaccinato/a per : _____

Difterite SÌ NO Tetano SÌ NO

Epatite A SÌ NO Epatite B SÌ NO Altro: SÌ NO

Soffre di malattie metaboliche ? SÌ NO Descrivere _____ Soffre di malattie

cardiache? SÌ NO Descrivere _____ Soffre di disturbi all'apparato

respiratorio? SÌ NO Descrivere _____ Soffre di disturbi all'apparato digerente?

SÌ NO Descrivere _____ Soffre di malattie croniche di altro tipo? SÌ NO

Descrivere _____

Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra? _____

Soffre di allergie? SÌ NO Di che tipo? _____ A farmaci quali?

(elencare le molecole) _____ A pollini

quali? _____ Ad alimenti

quali? _____ Altro?

(descrivere) _____ Deve

praticare particolari diete alimentari? SÌ NO Descrivere:

Della dieta alimentare particolare dovrà comunque essere avvisato il docente accompagnatore.

Dovrà assumere farmaci? SÌ NO

Quali? (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia) _____

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

Medico curante: dott. _____ Recapiti telefonici del medico: Studio _____ Cell: _____

Recapiti telefonici dei genitori: Padre _____ Madre _____ Familiare più vicino _____

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

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 verrà custodita in maniera riservata dai docenti accompagnatori e verrà distrutta alla fine del viaggio. Iniziali nome e cognome sostituisce i dati anagrafici dell'alunno allo scopo di salvaguardare la privacy, in caso di smarrimento o contatto con persone non titolate a conoscere le indicazioni sanitarie fornite dalla famiglia.

Acconto al trattamento dei dati dichiarati, alla luce delle notizie sopra riportate in relazione al loro utilizzo, nel rispetto della normativa vigente e del D. Lgs. 196/03 e del Regolamento UE 679/2016

Data: _____

Firma della madre _____

Firma del padre _____