Scheda Sanitaria dell'alunno/a N. \_\_\_\_ dell'elenco

CODICE:

GRUPPO SANGUIGNO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

È vaccinato/a per :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Difterite SÌ NO Tetano SÌ NO

Epatite A SÌ NO Epatite B SÌ NO Altro: ………………………………………….. SI NO

Soffre di malattie metaboliche ? SI NO Descrivere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Soffre di malattie cardiache? SI NO Descrivere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Soffre di disturbi all’apparato respiratorio? SI NO Descrivere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Soffre di disturbi all’apparato digerente? SI 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. Il CODICE 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.

Acconsento 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 ……………………………………………………………

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