

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: 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 riaccutizzazione 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 _____

Allegare copia del tesserino sanitario regionale (specialmente per l'esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria nel caso di malattie croniche) – si può fotocopiare sul retro di questa scheda.

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. .

Data:

Firma dei genitori

