## SCHEDA ANAMNESTICA PERSONALE DI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME |  |  | M | F |
| NATO/A A: | IL: |  |  |  |  |
| RESIDENTE A: |
| VIA: CAP PROV. |
| TEL | E-MAIL |  |  |  |  |
| ASL di appartenenza |

## DA COMPILARE A CURA DI UNO DEGLI ESERCENTI LA POTESTA’ GENITORIALE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gruppo sanguigno e fattore Rh |  |  |
| é vaccinato/a per : |
| Difterite | SI | NO |
| Tetano Data ultimo richiamo / / | SI | NO |
| Epatite A | SI | NO |
| Epatite B | SI | NO |
| Altro (Specificare) ……………………………………………………………….. | SI | NO |
| Altro (Specificare) ……………………………………………………………….. | SI | NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Soffre di malattie cardiache? | SI | NO |
| Quali? |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Soffre di disturbi all’apparato respiratorio? | SI | NO |
| Quali? |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Soffre di disturbi all’apparato digerente? | SI | NO |
| Quali? |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Soffre di malattie croniche di altro tipo? | SI | NO |
| Quali? |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra?*(descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Soffre di allergie? | SI | NO |
| A farmaci, quali *(elencare le molecole)*? |
|  |
| A pollini, quali? |
|  |
| Ad alimenti, quali? |
|  |
| Ad altro *(descrivere)*? |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Deve praticare particolari diete alimentari? | SI | NO |
| Descrivere |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Deve assumere farmaci | SI | NO |
| Quali? *(descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)* |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  Altre eventuali notizie che si ritiene utili ai fini dell’assistenza sanitaria |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma (di un genitore per i minorenni) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 dai Capi Unità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma (di un genitore per i minorenni) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL TESSERINO SANITARIO