



Zona dei Vini

Gruppo Scout San Damiano I

SCHEDA MEDICA PERSONALE

NOME

M F

NATO A:

IL:

RESIDENTE A:

VIA:

CAP

PROV.

TBL

E-MAIL

Codice Fiscale

USL di appartenenza e n° tessera sanitaria

DA COMPILARE CON L'AUTO DEL MEDICO CURANTE

Gruppo sanguigno e fattore Rh

In passato ha sofferto di qualche patologia?

SI

NO

Descrivere:

Ha subito traumi fisici o psicologici?

SI

NO

Descrivere:

Ha subito interventi chirurgici?

SI

NO

Descrivere:

Quali malattie infettive ha avuto e quando ?

Descrivere:

Soffre attualmente di qualche patologia?

Soffre di allergie?

SI

NO

Deve praticare particolari diete alimentari?

SI

NO

Descrivere:

Dovrà assumere farmaci?

SI

NO

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

Per le forme influenzali che farmaci usa?

Ha controindicazioni per soggiornare al mare o in montagna?

Vaccinazione antitetanica (da ultimo richiamo)

Vaccinazione antiftifica (da ultimo richiamo)

Medico curante: dott.

Studio:

Recapiti telefonici:

Oltre a quanto specificato prima, ritenete che ci siano altre attenzioni da prestare??

Chi ha compilato la scheda?

Avete interpellato il medico curante?

Data prima compilazione e aggiornamenti

IN CASO DI EVENTI GRAVI, TALI DA METTERE IN PERICOLO LA VITA O LO STATO DI SALUTE, CHE RICHIEDANO DECISIONI IMMEDIATE IN ORDINE A RICOVERI, TRASFERIMENTI E TERAPIE IN GENERE, ANCHE PER EVENTUALI INTERVENTI CHIRURGICI, INDIPENDENTEMENTE DALLA TEMPESTIVA COMUNICAZIONE AI FAMILIARI, CHE SARA' SEMPRE TENTATA, E' NECESSARIO CHE IL GENITORE O CHI NE FA LE VECI DICHIARI DI RIMETTERSI, FINCHE' ASSENTE, ALLE DECISIONI DEI CAPI RESPONSABILI E DELL'EQUIPE MEDICA DI ASSISTENZA.

Firma di uno dei genitori