

# SCHEDA MEDICA STUDENTE

## Anno scolastico 2018/2019



Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura delle  
 Leucemie, Linfomi e Mieloma  
 Via Venezian 1  
 35131 Padova  
 Tel. 049/8478111

Data odierna.....

COGNOME.....NOME.....CLASSE.....SEZIONE.....

NATO/A.....IL.....

INDIRIZZO RESIDENZA: VIA.....CITTA'.....PROVINCIA.....

RECAPITI TELEFONICI DI ENTRAMBI I GENITORI (preferibilmente numero cellulare):

- Padre:..... - Madre:.....

GRUPPO SANGUIGNO (studente).....

### EVENTI PREGRESSI DELLO STUDENTE (barrare con una "X")

PATOLOGIE PREGRESSE	MALATTIE INFETTIVE	TRAUMI FISICI	INTERVENTI CHIRURGICI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SI, quali?	<input type="checkbox"/> SI, quali?	<input type="checkbox"/> SI, quali?	<input type="checkbox"/> SI, quali?

- Attualmente lo studente è affetto da qualche patologia?  NO

SI, quale/i?.....

- Secondo parere medico, in relazione alla diagnosi principale dello studente, ha bisogno di assumere terapia durante l'orario convittuale?  NO

SI, quale/i?.....

- Eventuale terapia antalgica.....

- Eventuale terapia antipiretica.....

**In relazione agli allergeni noti sia allo studente che ai genitori si prega di dichiarare quali attuali forme di intolleranze o allergie presenta?**

(a tutela del medesimo si prega di prescrivere in forma chiara e leggibile)

### DICHIARAZIONE DI QUALE FORMA DI INTOLLERANZA O ALLERGIE LO STUDENTE PRESENTA

TIPOLOGIA DI ALLERGENE	barrare con una : "X"		QUALI? (descrizione dettagliata) Allegare certificazione medica con trattamento terapeutico specifico
• FARMACI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
• TERAPIA FARMACOLOGICA PER TRATTAMENTO TOPICO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	

• <b>ALIMENTI</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
• <b>AMBIENTE</b> (ex: acari, alberi, graminacee, spore, muffe, parassiti, funghi, proteine animali, erbe, ect...)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
• <b>PUNTURE INSETTO</b>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	

FIRMA E TIMBRO  
DEL MEDICO CURANTE

FIRMA DEI DUE GENITORI

Dott.: \_\_\_\_\_

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

Allegare alla scheda la seguente documentazione medica:

1. Segni e sintomi inerente alla dichiarazione di intolleranza o allergia ad un portatore d'allergene.
2. Dichiarare solo se si è a conoscenza l'eventualità di insorgenza dei casi di emergenza come "Shock anafilattico".
3. Tessera sanitaria.
4. Scheda vaccinazioni.
5. Scheda sanitaria (idoneità alla vita convittuale).
6. Certificato di sana e robusta costituzione.
7. Rinviare tutti i documenti: o per email o via fax.

I dati sopraindicati verranno trattati ai sensi del D.lgs 196/2003 solo ai fini istituzionali scolastici.