

SCHEDA MEDICA STUDENTE

Anno scolastico 2019/2020



Ministero dell'Istruzione
Ministero della Sanità
Ministero della Salute

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"/> Sì, quali?	<input type="checkbox"/> Sì, quali?	<input type="checkbox"/> Sì, quali?	<input type="checkbox"/> Sì, quali?

- Attualmente lo studente è affetto da qualche patologia? NO

Sì, quale/i?.....

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

Sì, 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
	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
• FARMACI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	
• TERAPIA FARMACOLOGICA PER TRATTAMENTO TOPICO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ	

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