

## SCHEDA SANITARIA PERSONALE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ M F

NATO/A A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

RESIDENTE A: \_\_\_\_\_

VIA: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

COD. PERS. AGESCI \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

USL di appartenenza \_\_\_\_\_

### DA COMPILARE ACCURATAMENTE

Gruppo sanguigno e fattore Rh

È' mestrata? \_\_\_\_\_ Sì \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

È' vaccinato/a per :

Difterite \_\_\_\_\_ Sì \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Tetano \_\_\_\_\_ Sì \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Epatite A \_\_\_\_\_ Sì \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Epatite B \_\_\_\_\_ Sì \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Altro: ..... \_\_\_\_\_ Sì \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Altro: ..... \_\_\_\_\_ 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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quali farmaci assume abitualmente in caso di malesseri (ciclo mestruale, mal di testa, etc...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Soffre di allergie? \_\_\_\_\_ Sì \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Di che tipo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

