

SCHEDA MEDICA DI: _____

scrivere in stampatello maiuscolo il più possibile leggibile

• Medico curante: _____ n° tessera sanitaria: _____

• Antitetanica, ultimo richiamo effettuato: _____

• Deve seguire delle limitazioni nella dieta? **SI NO**

Quali? _____

• Deve assumere farmaci regolarmente? **SI NO**

Quali? _____

• Ha frequentemente dolori? - di testa? **SI NO**

- di pancia? **SI NO**

Se si passano spontaneamente o è solito prendere delle medicine? _____

Se si, quali? _____

• Ha facilità di vomito? **SI NO**

• Ha avuto emorragie abbondanti e/o ripetute? - dal naso? **SI NO**

- sanguinamento eccessivo da ferite? **SI NO**

• Ha manifestazioni di tipo allergico? - asma? **SI NO**

- raffreddore stagionale ("da fieno")? **SI NO**

- eczema o orticaria (da alimenti)? **SI NO**

se si, a quali alimenti o sostanze? _____

• Ha avuto manifestazioni di intolleranza a farmaci:

- antibiotici? **SI NO** Quali? _____

- altri farmaci? **SI NO** Quali? _____

Se si, che tipo di manifestazioni? _____

• Ha avuto reazioni anomale a seguito di punture di insetti (api, vespe, zecche, ecc...)? **SI NO**

Se si, di che tipo? _____

• Gruppo sanguigno: _____ RH: _____ (se noto)

• Altre cose importanti da farci sapere: _____

Se siete sicuri di averci detto tutto quanto riguarda vostra/o figlia/o, firmate qui sotto:

data _____ firma _____