

SCHEDA CLINICA

Dati generali

Nome : Cognome :

Codice Fiscale :

Località del campo estivo : **Tramonti di Sotto (PN)** Dal : **29/07/12** Al : **11/08/12**

Recapito telefonico e indirizzo dei genitori durante il periodo del campo :

.....

Tesserino regionale n.° : USL n.° :

Medico curante dott. Tel. :

Vaccinazione antitetanica effettuata in data :
(verificare nel tesserino o informarsi all'ufficio igiene)

Dati anamnestici

- Deve seguire limitazioni della dieta ? **SI** **NO**

Se **SI**, quali e perché ?

- Ha una digestione regolare ? **SI** **NO**

- Deve somministrare farmaci regolarmente ? **SI** **NO**

Se **SI**, quali ?

in quali orari ?

in che modo ?

- Ha frequenti dolori di testa ? **SI** **NO**

Se **SI**, quanto durano ?

si risolvono spontaneamente o usa farmaci ?

se usa farmaci, quali ?

- Ha frequenti dolori di pancia? **SI** **NO**

Se **SI**, quanto durano ?

si risolvono spontaneamente o usa farmaci ?

se usa farmaci, quali ?

- Ha facilità al vomito ? **SI** **NO**

- Ha avuto in passato emorragie al naso ? **SI** **NO**

- Ha facilità al sanguinamento eccessivo da piccole ferite ? **SI** **NO**

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

Se **SI**, quali (asmatico, alimentare, erbe selvatiche,
altro) ?

in che modo (raffreddore, orticaria, eczema, prurito,
altro) ?

- Ha avuto reazioni importanti da punture di insetti ? **SI** **NO**

Se **SI**, locali (gonfiore, rossore, dolore, altro) ?

generali (pallore, capogiri, svenimento, altro) ?

- Ha avuto episodi di intolleranza a farmaci ? **SI** **NO**

Se **SI**, quali ?

che tipo di manifestazioni ?

Firma dei genitori

PER IL MEDICO CURANTE

li,

Certifico che nato a

il , residente a in via

in base alla visita effettuata, è in condizioni di buona salute; pertanto non vi sono controindicazioni in atto alla partecipazione al campo scout.

Timbro e firma

Il presente certificato ha validità per la durata del campo scout che si svolgerà a tra il 29/07/12 e il 11/08/12.