

# SCHEDA SANITARIA

gruppo scout AGESCI ARESE 1

1. Cognome e nome		19. Ha subito interventi chirurgici?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali? Quando?
2. Luogo di nascita				
3. Data di nascita		20. Ha subito fratture?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali? Quando?
4. Indirizzo				
5. ATS di appartenenza		21. Ha subito iniezioni di siero?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali? Quando?
6. N° di Tessera Sanitaria		22. Ha mai manifestato sintomi di allergia in occasioni di profilassi con sieri?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?
7. Data di scad. della Tessera Sanitaria		23. Fa uso abituale di tranquillanti? (farmaci, tisane, etc.)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?
8. Cod. fiscale		24. Fa uso di farmaci? Regolarmente/occasionalmente? Per la posologia fare rif. agli allegati.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali? Per quale motivo?
9. Reperibilità dei genitori o di altri familiari	padre cell.	25. Occasionalmente, per forme influenzali, quali farmaci usa? Con quale posologia? (orari, dosi, stomaco pieno/vuoto)		
	madre cell.			
	ab.			
10. Gruppo sanguigno e fattore Rh		26. Soffre spesso di dolori addominali, o mal di testa, etc.? Passano spontaneamente o con l'uso di farmaci? Quali? Per la posologia fare rif. agli allegati.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?
11. È mestruata?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	27. Ha frequenti emorragie dal naso?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
12. Quali malattie infettive ha avuto e quando? (a lato indicare anno e malattia)		28. Ha un eccessivo e prolungato sanguinamento dalle ferite?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
		29. Vomita frequentemente?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
		30. Ha manifestazioni di tipo allergico? (asma, raffreddore da fieno, orticaria, ...) Passano con dei farmaci? Quali? Per la posologia fare rif. agli allegati.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?
		31. Ha intolleranza verso particolari farmaci?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?
		32. Ha avuto manifestazioni particolari in seguito a punture di insetti? (api, vespe, zanzare, scorpioni, etc.; locale gonfiore, dolore, arrossamento, generale pallore, capogiro, vomito, svenimento, shock, ...)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?
		33. Ha intolleranza a cibi particolari? (NB: non significa a ciò che non piace)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?
		34. Deve seguire particolari regimi alimentari?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?
		35. Ha avuto turbe psichiche o problemi neurologici anche brevi? (epilessia, sindrome da attacchi di panico, ...)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?
13. Ha malformazioni/patologie congenite?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali? Cure particolari?		
14. Soffre di malattie metaboliche?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?		
15. Soffre di malattie cardiache o dell'apparato cardio-circolatorio?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?		
16. Soffre di disturbi all'apparato urogenitale?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?		
17. Soffre di malattie croniche?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali?		
18. Ha sofferto di gravi patologie in passato?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, quali? Quando?		

36. Ha mai avuto bisogno di un supporto psicologico? Se sì, indicare se ancora in cura	sì	no	AGGIORNAMENTI, da richiedere all'inizio dell'anno (indicare sempre la data e firmare)
37. Nome del medico curante			
38. Recapito telefonico del medico curante			
39. Altre eventuali informazioni che si ritiene utile portare a conoscenza			
40. Nome di chi ha compilato la scheda			
41. È stato consultato il medico curante?	sì	no	
42. Data di compilazione			
<b>Autorizzo</b> i Capi Unità alla somministrazione della Tachipirina in caso di febbre. <i>Firma</i> .....			
<b>Autorizzo</b> il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, di seguito riportati, ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 ("GDPR") e del decreto attuativo 10.08.2018, n° 101, in accordo con l'informativa fornitami da AGESCI. <i>Firma</i> .....			
In caso di eventi gravi, tali da mettere in pericolo la vita o lo stato di salute, che richiedano decisioni immediate in ordine a ricoveri, trasferimenti o terapie anche chirurgiche, qualora non fosse possibile rintracciare alcun familiare, <b>dichiaro</b> di rimettermi, finché assente o non rintracciato, alle decisioni dei Capi Unità e dell'Équipe medica di assistenza. <i>Firma</i> .....			
<b>Dichiaro</b> che i dati sanitari dichiarati nella scheda sanitaria sono aggiornati alla data di sottoscrizione, veritieri, completi e compatibili con le attività scout. In caso di variazione dei dati sotto riportati gli stessi saranno prontamente aggiornati e trasmessi al capo unità. <i>Firma</i> .....			
<b>Allegati:</b> <input type="radio"/> fotocopia (fronte e retro) della Tessera Sanitaria (Carta Nazionale dei Servizi) <input type="radio"/> fotocopia del libretto delle vaccinazioni <input type="radio"/> fotocopia della carta d'identità <input type="radio"/> per terapie in essere, consegna ai capi unità dei farmaci, insieme con le istruzioni per la posologia			