

### SCHEDA SANITARIA DEL CONVITTORE

(da compilarsi a cura del Medico di famiglia)

Convittore

nato a  il

#### A) Informazioni sanitarie

1. Gruppo sanguigno

2. Eventuale carenza G6PDH (FAVISMO)  SI  NO

3. Eventuale anamnesi Patologica remota

4. Eventuali ricoveri ospedalieri recenti  SI  NO Motivo

5. Eventuali interventi chirurgici recenti  SI  NO Descrizione

6. Eventuali patologie attuali  SI  NO Descrizione

7. Malattie esantematiche contratte  SI  NO Descrizione

8. Effettuate vaccinazioni obbligatorie  SI  NO

**B) Allergie e/o Intolleranze** (Allegare certificazione medica e trattamento terapeutico)

Tipologia di Allergene	Descrizione dettagliata
<input type="text"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>
Altro <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>
Altro <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>
Altro <input type="text"/> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>

**C) Indicazioni sui farmaci di uso comune**

SINTOMATOLOGIE COMUNI	FARMACO	DOSAGGIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altro <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altro <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altro <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Altro <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data

Timbro e Firma del medico

Contatto telefonico del medico

**Informativa Privacy-** Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 si precisa che le informazioni contenute in questo documento sono riservate e verranno trattate con le modalità prescritte da esso.