

SCHEDA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS

cognome-surname	nome-first name
Luogo e data di nascita – place and date of birth	nazionalità –
nationality Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone	
Medico curante – doctor in charge	Codice Fiscale: AUSL

VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE
VACCINATIONS - PREVIOUS DISEASES

Difterite Diphtheria	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
		No <input type="checkbox"/>		
Tetano Tetanus	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
		No <input type="checkbox"/>		
Poliomielite Poliomyelitis	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
		No <input type="checkbox"/>		
Epatite B Hepatitis B	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Pertosse Pertussis	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Emofilo b Haemophilus b	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Morbillo Measles	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Parotite Mumps	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Rosolia Rubella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Varicella Varicella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Pneumococco Pneumococcal	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Meningococco C Meningococcal C	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>

ALLERGIE – ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci - Drugs	
Pollini - Pollens	
Polveri - Dusts	
Muffe - Moulds	
Punture di insetti - Insect stings	

Intolleranze alimentari – Food intolerances: _____

Altro - Other diseases: _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – Included papers concerning diseases and therapies in progress:

Data - date

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale Signature of the person exercising parental authority
--