# SCHEDA SANITARIA PER MINORI

SANITARY CARD FOR MINORS

**(da riconsegnare firmata all'ufficio Cral GTT )**

## SCHEDA SANITARIA

(Tutti i contenuti della presente scheda dovranno essere trattati nei termini del Dlgs 196/2003 art. 22 a tutela delle persone e dei dati sensibili)

| | |
|---|---|
| ENTE CRAL GTT _____ | **TESSERA SANITARIA S.S.N.:** _____ |
| SIGLA VESTIARIO _____ | **Codice Assistito** _____ |

Cognome _____Nome_____nato il _____

Padre_____ Madre _____

Residente a _____

Via_____N_____

Tel. abitazione_____Cellulare_____

Altro recapito_____

## NOTIZIE ANAMNESTICHE

anamnesi familiare.....

anamnesi personale.....

☐ morbillo ☐ varicella ☐ rosolia ☐ scarlattina ☐pertosse

☐ adenopatia ☐ bronchite ☐ asma bronchiale ☐ diabete ☐parotite

☐ reumatismi ☐ epilessia ☐ cardiopatia ☐ enuresi

altre.....

**si propone per il soggiorno marino**

può praticare attività sportive non agonistiche?.....

Ha subito iniezioni di siero ☐

Quali _____

Quando _____

**Per la / il minore , prima della partenza comunicare al Cral Gtt se è stato necessario richiedere l'intervento medico e la motivazione.**

## NOTIZIE PER IL MEDICO DEL SOGGIORNO

1) **Soffre di allergie** …….
   quali ……..

   per quali
   farmaci……..

   altro……..

2) **E' dotato di:**
   - Apparecchio ortodontico?.....
   - apparecchi acustici

     ……..
   - scarpe ortopediche.....
   - occhiali.....
   - altro.....

3) **Soffre di:**
   - Crisi acetonemiche.....
   - insonnia.....
   - sonnambulismo.....
   - enuresi notturna/diurna.....
   - altro?.....

   in caso di crisi, quali farmaci devono essere somministrati

   ……

4) **Ha intolleranza per qualche alimento**

   …….

5) Se necessita di terapie particolari allegare certificato medico con esatta prescrizione dei farmaci e modalità di somministrazione.

6) Ulteriori informazioni o suggerimenti:……

Firma genitori _____

_____

# PARTE DA COMPILARSI NEL CENTRO CLIMATICO

Soprattutto per i minori assistiti in ambulatorio o degenti in infermeria

**ANNO** _____

SOGGIORNO _____ SQUADRA _____

| | |
|---|---|
| **VISITA ALL'ARRIVO** | |
| ESAME OBIETTIVO | |
| RILIEVI | |
| MALATTIE SOFFERTE IN SOGGIORNO | |
| DURATA | |
| CURA | |
| OSSERVAZIONI A TERMINE SOGGIORNO | |