

SCHEDA SANITARIA PER L'AMMISSIONE AI SOGGIORNI DI VACANZA

REGIONE TOSCANA AZIENDA SANITARIA LOCALE N° _____

Servizio n° _____

Distretto Socio Sanitario _____

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____

Numero di telefono _____ - _____

1. Malattie pregresse _____

Esame obiettivo _____

Terapie praticate _____

Allergie particolari _____

Sintesi dell'esame medico e giudizio sanitario _____

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO CURANTE

2. DA COMPILARSI NEI 3 GIORNI PRECEDENTI LA PARTENZA

Non presenta ectoparassitosi né sintomi di malattie trasmissibili in atto. Non si verifica convivenza con persone affette da malattie trasmissibili tali da far ritenere che la convivenza stessa costituisca controindicazione del bambino in collettività.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO CURANTE

(NOTA: Questa seconda parte della Scheda Sanitaria può essere sostituita allegando copia del libretto delle vaccinazioni del/la ragazzo/a.)

3. È in regola con le vaccinazioni obbligatorie.

Ha eseguito l'ultima somministrazione di vaccino antitetanico in data _____

Indicare le date delle eventuali ulteriori vaccinazioni eseguite:

Epatite B I dose _____
 II dose _____
 III dose _____

Morbillo _____

Altre _____

Se per il soggetto esistono evidenze epidemiologiche di maggior rischio per tubercolosi:

test tubercolinico eseguito in data _____ con esito _____

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
DI IGIENE PUBBLICA E TERRITORIO

4. Notizie sanitarie relative al periodo di soggiorno
