



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
V A C C I N A T I O N S - P R E V I O U S D I S E A S E S

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