



SCHEDA MEDICA DI _____

Indirizzo e telefono _____

Luogo di nascita _____ data _____

Recapiti della famiglia

Numero libretto sanitario _____

Nome recapito e telefono del medico curante _____

Vaccinazione antitetanica ultimo richiamo _____

Altre vaccinazioni (quali? Quando?) _____

Sintomi di allergia in occasione di profilassi con sieri?

(antitetanico, antiotidico, etc, quali sintomi? Che tipo di siero? Quando?)

Patologie gravi in passato (quali e quando? Che tipo di cure?)

Malattie infettive (quali? Quando?) _____

Interventi chirurgici subiti (quali? Quando?) _____

Fratture, distorsioni, traumi (quali? Quando? Curate come?)





Patologie croniche

Farmaci assunti abitualmente (quali? Dosaggio?) _____

Farmaci assunti occasionalmente per curare influenze, mal di testa, contusioni, etc (quali? Dosi?)

Allergie o intolleranze a farmaci (quali? Quando? Reazioni?) _____

Allergie (quali? Con che sintomi?) _____

Se è una ragazza, ha un ciclo mestruale regolare? (da quanto? Con che ritmo?)

Assume farmaci specifici per il ciclo mestruale? (quali dosaggi?)

Note:

Gruppo sanguigno _____

N.B.

Si consiglia di compilare la scheda in collaborazione con il medico curante.

**ASSOCIAZIONE GUIDE E SCOUTS
CATTOLICI ITALIANI**

Gruppo Roma 129
Largo San Pio V, 3 – 00165 Roma
Scoutroma129.it - info@scoutroma129.it

