

**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**

<b>Difterite</b> Diphtheria	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
		No <input type="checkbox"/>		
<b>Tetano</b> Tetanus	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
		No <input type="checkbox"/>		
<b>Poliomielite</b> Poliomyelitis	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
		No <input type="checkbox"/>		
<b>Epatite B</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"/>
<b>Pertosse</b> 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"/>
<b>Emofilo b</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"/>
<b>Morbillo</b> 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"/>
<b>Parotite</b> 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"/>
<b>Rosolia</b> 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"/>
<b>Varicella</b> 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"/>
<b>Pneumococco</b> 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"/>
<b>Meningococco C</b> 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