



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