

**Allegato 3 - Scheda anamnestica**

SCHEMA ANAMNESTICA	
Gruppo sanguineo e fattore Rh	<input type="text"/>
Certificato di sana e robusta costituzione e attività ludico motoria	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO - Se NO la richiesta non può essere accolta.
VACCINAZIONI	
Tetano (obbligatoria)	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO - Se NO la richiesta non può essere accolta. Data ultimo richiamo <input type="text"/>
Difterite	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO
Epatite A	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO
Epatite B	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO
Altro 1	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Se SI specificare <input type="text"/>
MALATTIE	
Soffre di malattie metaboliche (diabete, ...)?	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Se SI specificare quali. <input type="text"/>
Soffre di malattie cardiache?	
Soffre di disturbi all'apparato respiratorio?	
Soffre di malattie croniche di altro tipo?	
Quali farmaci assume abitualmente in caso di riacutizzazione delle patologie di cui sopra? (descrizione della terapia con nome del farmaco e posologia)	
ALLERGIE	
Soffre di allergie?	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Se SI specificare quali. <input type="text"/>
È allergico a farmaci quali?	
È allergico ai pollini quali?	
È allergico ad Alimenti	
È allergico ad Altro	
FARMACI	
Deve assumere farmaci?	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO Se SI specificare quali e descrivere la terapia con nome del farmaco e posologia e sottoscrivere la dichiarazione. <input type="text"/>
Esonero responsabilità	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO - Se NO la richiesta non può essere accolta.
DIETA	
Deve praticare particolari diete alimentari?	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO - Se SI specificare quali. <input type="text"/>
ALTRO	
Altre eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO - Se SI specificare quali. <input type="text"/>

Data

Firma