Regione Emilia-Romagna

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

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

ALLERGIE – ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci - D rugs	
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