SCHEDA MEDICA SOCIO ADULTO

# Socio Adulto

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |   |
| Cognome |   |
| Nato/a |   |
| il |   |

# Soffre di allergie?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. alimentari
 | [ ]  SI | [ ]  NO |
| 1. respiratorie
 | [ ]  SI | [ ]  NO |
| 1. farmaci
 | [ ]  SI | [ ]  NO |

indicare quali

|  |
| --- |
|   |
|   |
|   |

Che tipo di sintomi presenta?

|  |
| --- |
|   |
|   |
|   |

Che tipo di farmaci usa in caso di crisi acuta?

|  |
| --- |
|   |
|   |
|   |

Che tipo di farmaci prende come prevenzione?

|  |
| --- |
|   |
|   |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Soffre di malattie croniche?** | [ ]  SI | [ ]  NO |

Se SI quali?

|  |
| --- |
| [ ]  Respiratorie |
| [ ]  Cardiache |
| [ ]  Reumatologiche |
| [ ]  Altro (indicare cosa) |
|  |   |

Che tipo di farmaci usa?

|  |
| --- |
|   |
|   |
|   |
|   |

# E’ facilmente soggetto a:

|  |
| --- |
| [ ]  Tonsilliti |
| [ ]  Mal di testa |
| [ ]  Colpi di sole |
| [ ]  Dolori addominali |
| [ ]  Sangue dal naso |
| [ ]  Infezioni intestina |
| [ ]  Infezioni intestina |
| [ ]  Altro (indicare cosa) |
|  |   |

# Ha avuto malattie significative?

|  |
| --- |
|   |
|   |

# Ha subito interventi chirurgici?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  SI | [ ]  NO |
| Quali? |   |
| Quando? |   |

# Ha mai subito fratture?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  SI | [ ]  NO |
| Quali? |   |
| Quando? |   |

# Quali malattie infettive ha avuto?

|  |
| --- |
| [ ]  Morbillo |
| [ ]  Pertosse |
| [ ]  Parotite |
| [ ]  Varicella |
| [ ]  Scarlattina |
| [ ]  Rosolia |
| [ ]  Altro (specificare) |
|  |   |

# Ha fatto le vaccinazioni di Legge?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  SI | [ ]  NO**\*** |
| **\***In caso di risposta negativa firmare dichiarazione in fondo alla scheda |

# È vaccinato contro il tetano?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  SI | [ ]  NO |

# Quali vaccinazioni ha fatto?

|  |
| --- |
|   |
|   |

# I genitori autorizzano i capi a far praticare dal medico del luogo la vaccinazione antitetanica o la profilassi con gammaglobulina qualora si rivelasse necessario?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  SI | [ ]  NO |

# È stato mai morso da una vipera?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | [ ]  SI, quando? |   | [ ]  NO |
| È stato inoculato il siero antivipera? | [ ]  SI | [ ]  NO |

# È stato mai morso da un cane?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | [ ]  SI, quando? |   | [ ]  NO |
| Ha mai eseguito il siero antirabbico? | [ ]  SI | [ ]  NO |

# È stato morso/punto da altri animali o insetti e ha presentato reazioni problematiche?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  SI | [ ]  NO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Quali? |   | Che terapia ha fatto? |   |

# Indicare il Gruppo Sanguigno:

[ ]  A

[x]  B

[ ]  AB

[ ]  0

Fattore Rh:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Positivo | [ ]  Negativo |  |

# Prende farmaci particolari all’insorgere di eventi particolari o per cure continuative?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  SI | [ ]  NO |

**ALLEGARE** UN FOGLIO PER OGNI MEDICINA CON: indicazioni, posologia e modalità di somministrazione,

# Particolari regimi alimentari:

|  |
| --- |
| [ ]  Vegetariano |
| [ ]  Vegano |
| [ ]  Per osservanza religiosa; Quale? |
|  |   |

# Raccomandazione che il socio rivolge alla Sezione:

|  |
| --- |
|   |
|   |
|   |

Allegare:

1. la fotocopia del **certificato delle vaccinazioni** eseguite
2. la fotocopia della **Tessera Sanitaria**.

|  |  |
| --- | --- |
| Roma lì |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |   |
| Nome e Cognome del socio |  | Firma del socio |

# Obbligo di aggiornamento:

Il sottoscritto socio si impegna ad informare tempestivamente il CNGEI Sezione di Fiumicino APS di ogni eventuale modifica dei dati dichiarati nella scheda medica nel proprio interesse.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |   |
| Nome e Cognome del socio |  | Firma del socio |

# Da sottoscrivere in caso di assenza di vaccinazioni:

Il sottoscritto socio dichiara di assumermi tutte le responsabilità della scelta di non vaccinarsi, sollevando pertanto il CNGEI Sezione di Fiumicino da qualsiasi conseguenza derivante da tale mia scelta.

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza che in assenza della vaccinazione contro il tetano non sarà possibile procedere con l’iscrizione al CNGEI Sezione di Fiumicino APS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |   |
| Nome e Cognome del socio adulto |  | Firma del socio adulto |