

SCHEDA MEDICA

La scheda medica che segue ha lo scopo di comunicare a noi Capi tutte le informazioni sanitarie che riguardano vostro figlio/a. Tali informazioni ci sono necessarie al fine di assicurare ai ragazzi il miglior trattamento medico possibile, nel malaugurato caso che abbiano bisogno di cure per malattie o infortuni che dovessero succedere durante le attività scout ed allo scopo di evitare situazioni di pericolo per l'incolumità di vostro figlio/a e degli altri.

Qualsiasi informazione ci trasmettiate sarà divulgata solo a quelle persone che per motivi di servizio devono conoscere la storia sanitaria dei vostri figli (Capi Scout, medici, ecc.) rispettando la riservatezza richiesta dalla Legge e dal buon gusto. Siete pregati pertanto di riempire la scheda con la massima attenzione possibile, senza omettere o variare nulla, nell'esclusivo interesse dei vostri figli.

La scheda medica deve essere compilata in ogni sua parte, in stampatello leggibile o a macchina. Le parti che il genitore non ritiene di dover compilare devono essere barrate, in modo da dimostrare che sono state almeno lette. La scheda deve essere firmata a penna da uno dei due genitori; in caso di genitori separati o divorziati, deve essere firmata dal genitore cui il ragazzo/a è stato affidato al momento della separazione.

**La presente scheda medica annulla e sostituisce qualsiasi altra scheda sia già stata consegnata ai Capi anche recentemente.**

Tivoli, 12/11/06

Con amicizia, i Capigruppo



A. G. E. S. C. I.  
Gruppo Scout Tivoli I°  
Parrocchia S. Francesco

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ NUM. ASL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ EVENTUALE ESENZIONE TICKET \_\_\_\_\_

A) REPERIBILITA' PER CASI DI EMERGENZA

A.1) Recapito dei genitori o di un familiare da contattare per casi di emergenza

*Il recapito verrà indicato nel modulo di iscrizione da rinnovarsi ogni anno*

A.2) Il medico curante:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ indirizzo e città \_\_\_\_\_

telefono abitazione \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ telefono ambulatorio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

B) SITUAZIONE PERSONALE

B.1) Eventuali difetti strutturali:

Patologie respiratorie croniche o ricorrenti \_\_\_\_\_

Patologie cardiache croniche o ricorrenti \_\_\_\_\_

Malformazioni genetiche \_\_\_\_\_

Disfunzioni uditive \_\_\_\_\_

Disfunzioni visive \_\_\_\_\_

Problemi di deambulazione e/o coordinazione nei movimenti \_\_\_\_\_

Problemi di equilibrio \_\_\_\_\_

Disfunzioni nella coagulazione del sangue \_\_\_\_\_

Disfunzioni endocrine (es. diabete) \_\_\_\_\_

Disfunzioni neurologiche \_\_\_\_\_

Problemi di tipo psicologico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

B.2) Allergie:

Alimenti \_\_\_\_\_

Farmaci \_\_\_\_\_

Sostanze di origine animale \_\_\_\_\_

Sostanze di origine vegetale \_\_\_\_\_

Sostanze di origine minerale \_\_\_\_\_

Sostanze di origine artificiale \_\_\_\_\_

Metalli \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

B.3) Reazioni allergiche in caso di profilassi con sieri (indicare il tipo di siero, il tipo di reazione sofferta e la terapia effettuata)

---

---

B.4) Farmaci utilizzati abitualmente (indicare il nome del /dei farmaco/i usati e la posologia):  
per forme influenzali

---

---

per altre patologie (specificare patologia e farmaco)

---

B.5) Riservato alle ragazze:

Disturbi in occasione del ciclo mestruale

Farmaci assunti in occasione del ciclo mestruale

B.6 ) Gruppo sanguigno

### C) STORIA PERSONALE

C.1) Patologie gravi sofferte in passato

---

C.2) Malattie infettive sofferte in passato

---

C.3) Interventi chirurgici subiti

Intervento	Anno	Ospedale (Nome, città)

C.4) Vaccinazioni effettuate

Vaccino	Data ultimo richiamo	Scadenza


C.5) Incidenti e infortuni rilevanti

Descrizione	Anno	Ospedale eventuale ricovero	Note

C.6) Episodi di perdita di coscienza, svenimenti (indicare anno, circostanze in cui sono avvenuti, terapie effettuate o in corso)

---



---

D) CONTROINDICAZIONI

D.1) E' portatore di apparecchiature elettriche, elettroniche o meccaniche o di protesi o corpi estranei in materiale ferromagnetico che rendano controindicato l'esame RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) ?

Si

No

D.2) Ha mai presentato reazioni allergiche ai mezzi di contrasto o ad altri farmaci usati negli esami diagnostici o in indagini radiologiche?

Si (indicare le circostanze e il farmaco usato) \_\_\_\_\_

---

No

D.3) Ha mai presentato reazioni particolari o circostanze che rendano controindicato l'uso di un farmaco o di una particolare terapia?

Si (indicare situazione e farmaco usato) \_\_\_\_\_

No

E) ALTRE NOTIZIE

E.1) Altre notizie (avvertimenti, precauzioni alimentari o generali, ecc.):

---



---



---

E.2) E' stato interpellato il medico curante al momento di compilare questa scheda ?

Si

No

## DICHIARAZIONE

Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
genitore di \_\_\_\_\_

### DICHIARO QUANTO SEGUE

1. Nella presente scheda medica **sono contenute in forma esatta e completa tutte le notizie** riguardanti le condizioni di salute psico-fisica di mi\_ figli\_.
2. Sono consapevole che le attività scout proposte a mio figli\_ e le cure mediche che le/gli saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno impostate dai Capi e dai medici basandosi unicamente sulle informazioni contenute in questa scheda medica.
3. Sono consapevole che è mio dovere comunicare ai Capi del Gruppo Scout AGESCI Tivoli 1 ogni variazione intervenuta posteriormente alla data di compilazione della presente scheda in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti riguardo l'assistenza e la tutela dei minori.
4. Sono consapevole che in caso di incidenti gravi avvenuti nel corso delle attività scout, i Capi tenteranno sempre di informarmi e chiedere il mio consenso alle terapie da eseguire, utilizzando i recapiti contenuti nella scheda anagrafica rinnovata annualmente; in caso tale comunicazione risulti impossibile, autorizzo tutti i Capi del Gruppo scout AGESCI Tivoli 1 a prendere tutte le misure che riterranno opportune per salvaguardare la salute di mi\_\_ figli\_\_, ivi compreso il ricovero ospedaliero e l'intervento chirurgico d'urgenza, previo il parere dei medici responsabili del soccorso

Tivoli, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firmato

---