



SCHEMA SANITARIA DEL GIOVANE CALCIATORE

Cognome e nome

nato a il tel.....

religione (in relazione alle diverse regole alimentari)

ANAMNESI FAMILIARE : eventuali malattie ereditarie presenti nell'albero familiare

.....

ANAMNESI FISIOLGICA

nato a termine SI NO Sviluppo regolare nella prima infanzia SI NO

uso abituale di farmaci SI NO Se si specificare

1.
2.
3.
4.

allergie o intolleranze SI NO Se si specificare

1.
2.
3.
4.

vaccinazioni Vedi scheda allegata

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

| | | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| morbillo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | parotite | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | rosolia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| varicella | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | scarlattina | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | mononucleosi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| epatite A | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | epatite B | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | epatite C | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| tbc | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | sincopi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | convulsioni | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| crisi epilettiche | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | aritmie | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | crisi asmatiche | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

