



SCHEMA SANITARIO 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 FISIOLOGICA

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"/>

fratture	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si specificare	1.
				2.
				3.
				4.
				5.
lussazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si specificare	1.
				2.
distorsioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si specificare	1.
				2.
				3.
				4.
Interventi chirurgici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si specificare	<input type="checkbox"/> appendicectomia
				<input type="checkbox"/> tonsillectomia
				<input type="checkbox"/> ernia inguinale dx
				<input type="checkbox"/> ernia inguinale sn
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
Patologia remota oculare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se si specificare	<input type="checkbox"/> Distacco di retina
				<input type="checkbox"/> ambliopia
				<input type="checkbox"/> congiuntivite virale.....
				<input type="checkbox"/> congiuntivite allergica.....
				<input type="checkbox"/> interventi chirurgici oculistici.....
				<input type="checkbox"/> miopia, astigmatismo, ipermetropismo.....
				<input type="checkbox"/> discromatopsia / discromatoanomalia.....
				<input type="checkbox"/> altro.....

Altro:.....
.....

Genova, ____ / ____ / ____

Firma e Timbro del Medico curante

Firma del genitore

