

## SCHEDA SANITARIA

Cognome e nome:

Luogo e data di nascita:

Residenza-indirizzo-telefono:

Medico curante:

Recapito telefonico medico curante:

Libretto sanitario n.:

AUSL di riferimento:

### MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	SI	NO	NON SO	Vaccino	SI	NO
Parotite	SI	NO	NON SO	Vaccino	SI	NO
Pertosse	SI	NO	NON SO	Vaccino	SI	NO
Rosolia	SI	NO	NON SO	Vaccino	SI	NO
Varicella	SI	NO	NON SO	Vaccino	SI	NO

N.B. Le indicazioni relative alla situazione vaccinale non sono obbligatorie

### ALLERGIE

Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture di insetti	

Altro:

**Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto.**