



ASSOCIAZIONE GUIDE E SCOUTS SAN BENEDETTO APS

Sede legale: Corso Tukory n.° 240 – 90134 – Palermo (PA)
Iscritta alla sezione B) "Associazioni di Promozione Sociale" del RUNTS
D.D.G. N. 2791 DEL 13-10-2023; rep. n. 122404. – C.F. 9709710828
Sito web: www.scoutsanbenedetto.it indirizzo e-mail: segreteria@scoutsanbenedetto.it

CARTELLA CLINICA

La compilazione della seguente scheda è a cura del medico curante.
I dati riportati sulla seguente scheda saranno trattati nel pieno rispetto del D.L. 196/2003.

ANAGRAFICA

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita ____/____/____
Luogo di nascita _____ Comune _____ Provincia _____ CAP _____
Indirizzo _____ N° _____ Tel. casa _____
Cell. padre _____ Cell. madre _____ Cell. _____

ANAMNESI

ALLERGIE

Allergie a farmaci _____

Allergie alimentari _____

Allergie a pollini _____

Shock anafilattico Edema glottide Orticaria Asma

SISTEMA NERVOSO

Epilessia Piccolo male Cefalea Enuresi

Crisi convulsive febbrili Infettiva Traumi Crampi

Note: _____

APPARATO RESPIRATORIO

Fumo (anche passivo) Asma Fibrosi PNK

Note: _____

APPARATO CARDIVASCOLARE

Soffi Aritmia

Valvulopatia _____

Cardiopatia _____

Note: _____

ALTRI APPARATI

Endocrino _____ Pancreas _____

Gastroenterico _____ Rene _____

Emolinfatico _____ Immunodeficienze _____

Coagulopatia _____ Surrene _____

Fegato _____ Muscolo-Scheletrico _____

Tiroide _____ Altro _____



ASSOCIAZIONE GUIDE E SCOUTS SAN BENEDETTO APS

Sede legale: Corso Tukory n.° 240 – 90134 – Palermo (PA)
Iscritta alla sezione B) "Associazioni di Promozione Sociale" del RUNTS
D.D.G. N. 2791 DEL 13-10-2023; rep. n. 122404. – C.F. 9709710828
Sito web: www.scoutsanbenedetto.it indirizzo e-mail: segreteria@scoutsanbenedetto.it

ANAMNESI CHIRURGICA

Intervento	Anno	Anestesia	Complicanze anestesiolgiche	
		<input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Risveglio ritardato <input type="checkbox"/> Intubazione difficile <input type="checkbox"/> Altro _____
		<input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Risveglio ritardato <input type="checkbox"/> Intubazione difficile <input type="checkbox"/> Altro _____
		<input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Risveglio ritardato <input type="checkbox"/> Intubazione difficile <input type="checkbox"/> Altro _____
		<input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Risveglio ritardato <input type="checkbox"/> Intubazione difficile <input type="checkbox"/> Altro _____

TERAPIE IN CORSO

Farmaco	Dose	Via

AGGIORNAMENTI CLINICI

Data	Aggiornamento

Tel. Studio Medico _____

Cell. Medico _____

Il Medico curante
Timbro e Firma
