

**SCHEDA SANITARIA PER MINORI – МЕДИЧНА КАРТА НЕПОВНОЛІТНЬОГО**

cognome - прізвище		nome - ім'я	
Luogo e data di nascita – місце і дата народження		nazionalità – громадянство	
Residenza, indirizzo, telefono – постійне місце проживання, адреса, телефон			
Medico curante – Сімейний лікар	Codice Fiscale-ПІН:	AUSL*	

\*Місцевий відділ охорони здоров'я

**VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE  
ЩЕПЛЕННЯ – ПЕРЕНЕСЕНІ ХВОРОБИ**

Morbillo Кіп	Vaccinato-щеплений/a Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa Перехворів/ла	Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>
Parotite Паротит	Vaccinato-щеплений/a Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa Перехворів/ла	Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>
Rosolia Краснуха	Vaccinato-щеплений/a Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa Перехворів/ла	Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>
Pertosse Кашлюк	Vaccinato-щеплений/a Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa Перехворів/ла	Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>
Varicella Вітряна віспа	Vaccinato-щеплений/a Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa Перехворів/ла	Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>
Tetano Правець	Vaccinato-щеплений/a Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>		
Epatite B Гепатит В	Vaccinato-щеплений/a Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa Перехворів/ла	Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>
Meningococco C Менінгокок С	Vaccinato-щеплений/a Si-Tak <input type="checkbox"/> No-Hi <input type="checkbox"/>		

**ALLERGIE – АЛЕРГІЯ**

	specificare - вказати
Farmaci - Ліки	
Pollini - Пилок	
Polveri - Пил	
Muffe - Пліснява	
Punture di insetti - Укуси комах	

Intolleranze alimentari – харчова непереносимість: \_\_\_\_\_

Altro - Інше: \_\_\_\_\_

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – Додана документація щодо захворювань та лікування, що триває:

Data - дата

Firma di chi esercita la potestà parentale -  
Підпис особи, що виконує батьківські права та  
обов'язки