

SERVIZI DI CURA PER L'INFANZIA. FONDI PAC

SCHEDA SANITARIA

Cognome e Nome _____

Data e Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

NOTE ANAMNESTICHE DI PARTICOLARE RILEVANZA

- 1) Il bambino è un soggetto delicato con continui disturbi febbrili SI ☐ NO ☐
Con crescita regolare ☐
(se SI indicare quali) _____
- 2) Ha patologie congenite? SI ☐ NO ☐
(se SI indicare quali) _____
- 3) Ha patologie cardiache? _____
- 4) Ha mai sofferto di allergie a farmaci, alimenti o altre sostanze? SI ☐ NO ☐
(se SI indicare quali) _____
- 5) Ci sono in famiglia persone allergiche? ? SI ☐ NO ☐
(se SI indicare quali) _____
- 6) Ha contratto malattie infettive e/o esantematiche? ? SI ☐ NO ☐
(se SI indicare quali) _____
- 7) Ha patologie remote degne di nota? ? SI ☐ NO ☐
(se SI indicare quali) _____
- 8) Indicare se il bambino ha particolari esigenze per motivi di salute _____

- 9) Lo sviluppo psico-motorio è normale o presenta particolari patologie?

- 10) Sviluppo somatico:
Nascita: Peso _____ Altezza _____

Data odierna: Peso _____ Altezza _____

DATA _____ (Timbro e firma del Pediatra)