



SCHEMA MEDICA

Nome: _____

Data di nascita: _____

Cognome: _____

Luogo di nascita: _____

CODICE FISCALE: _____

GRUPPO SANGUIGNO: _____

Vaccinazioni effettuate:

| | | |
|-----------------|-------|-----------|
| 1) Antitetanica | Data: | Scadenza: |
| 2) | Data: | Scadenza: |
| 3) | Data: | Scadenza: |
| 4) | Data: | Scadenza: |
| 5) | Data: | Scadenza: |

Malattie infettive avute in passato

.....
.....

Allergie (alimentari, farmaci ed altro)

.....
.....
.....

Ha sofferto di asma bronchiale? SI NO Ne soffre ancora? SI NO

Disturbi e difetti congeniti (cardiaci, polmonari, pressione, etc)

.....
.....

Altre indicazioni utili (precauzioni e/o cure particolari)

.....
.....

Terapie in corso al momento dell'evento

.....
.....
.....

Medico Curante

Nome e Cognome: _____

Fisso: _____

Indirizzo: _____

Cellulare: _____

