

Regione: \_\_\_\_\_

Azienda USL: \_\_\_\_\_

Distretto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
cognome

\_\_\_\_\_  
nome

nato/a a: \_\_\_\_\_

il: /\_\_/\_\_/

residente a: \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

**Esame obiettivo generale**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Malattie pregresse**

- morbillo
- parotite
- pertosse
- rosolia
- varicella
- scarlattina
- altro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergie**

*(specificare il tipo)*

farmaci \_\_\_\_\_

pollini \_\_\_\_\_

polveri \_\_\_\_\_

muffe \_\_\_\_\_

alimenti \_\_\_\_\_

veleno insetti \_\_\_\_\_

altro: \_\_\_\_\_

**Patologie in atto**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ectoparassitosi \_\_\_\_\_

**Terapie in corso**

*(specificare farmaci e posologia)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dieta speciale**

*(specificare alimenti vietati)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Apparecchi protesici e/o altri ausili**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la minore non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/a stessa/a in comunità