

Scheda informativa sul convittore/convittrice e famiglia

a.s. /
da compilare a cura del medico curante

cognome e nome del/della convittore/convittrice

data e comune di nascita

ASL di appartenenza

N. di esenzione ticket

Cognome, nome e recapito del medico curante

Verbale invalidità Legge 104

Anamnesi clinica

Notizie sulla sordità	
Età e cause <input type="text"/>	
Protesi acustiche <input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sx	Uso ed eventuali problemi <input type="text"/>
Metodi di comunicazione <input type="checkbox"/> metodo mimico gestuale <input type="checkbox"/> lettura labiale	
Grado della comunicazione <input type="checkbox"/> insufficiente <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono	
Trattamento logopedico <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No dall'età di <input type="text"/> anni per <input type="text"/> anni	
Disturbi del comportamento <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Sordità presente in famiglia <input type="text"/>	

IN REGOLA CON IL CALENDARIO VACCINALE*	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
ALLERGIE ALIMENTARI - FARMACOLOGICHE*	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Altri TIPI DI ALLERGIE (graminacee, polvere, insetti o altro) *	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
PATOLOGIE DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO*	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
PATOLOGIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO*	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
PATOLOGIE DELL'APPARATO DIGERENTE*	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
PATOLOGIE PSICHIATRICHE*	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO (SNC, SNP, VEGETATIVO) *	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
PATOLOGIE DELL'APPARATO URO-GENITALE*	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
PATOLOGIE DELL'APPARATO VISIVO*	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Altre PATOLOGIE NON SOPRA INDICATE*	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
IL CONVITTORE DEVE SEGUIRE TERAPIE FARMACOLOGICHE, ACCORGIMENTI DIETETICI O ALTRO, DI TIPO CRONICO O COMUNQUE CON CADENZA PERIODICA/STAGIONALE*	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

(* SE BARRATO "SI": SPECIFICARE, ALLEGANDO ALLA PRESENTE, CERTIFICAZIONE CHE INDICHI E DESCRIVA DETTAGLIATAMENTE LA PATOLOGIA, O L'ALLERGIA/INTOLLERANZA, O QUALSIASI ALTRA INFORMAZIONE SANITARIA PER NOI IMPORTANTE.

Idoneità dell'allievo	
Si certifica che il convittore è autosufficiente e quindi idoneo alla vita convittuale	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> alimentazione autonoma <input type="checkbox"/> motilità volontaria <input type="checkbox"/> continenza vescica-alvo	
Si certifica che il convittore è idoneo all'attività sportiva non agonistica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Antidolorifico e antipiretico da somministrare in caso di necessità:
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

Le informazioni sul trattamento dei suoi dati personali esercitato dall'Istituto e le modalità per l'esercizio dei suoi diritti sono disponibili all'indirizzo: <https://www.isiss-magarotto.edu.it/privacy.html>

(luogo,data)

Il Medico

(Firma e timbro)