**Parte 2: Modulo sanitario**

Lo/la studente/studentessa sta pensando di trascorrere 3 mesi in una scuola ospitante e di vivere con una famiglia ospitante all'estero. Informazioni errate o incomplete sul suo stato di salute potrebbero causare problemi durante la permanenza all'estero. Il modulo deve essere compilato dal medico dello/la studente/studentessa che **non sia** un parente stretto del richiedente. I genitori/tutori dello/la studente/studentessa devono fornire al medico tutte le informazioni/documentazioni pertinenti sulla storia medica dello/la studente/studentessa. Se la risposta a una qualsiasi delle domande da 3 a 14 è "SÌ", si prega di includere o allegare informazioni dettagliate.

***Il modulo sanitario verrà inserito in una busta sigillata. Lo/la studente/studentessa porterà questo modulo all'estero. La busta può essere aperta solo dal medico che ha in cura lo/la studente/studentessa, se necessario.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome dello/la studente/studentessa: | Paese d'origine: | Data di nascita: |

**1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Altezza |  | Peso |  | Pressione sanguigna |  | Battiti |  | Respirazione |  |

**2** Rileva anomalie relative all'altezza, al peso (inclusa una perdita o un aumento sostanziale negli ultimi sei mesi), alla pressione sanguigna, al polso o alla respirazione? Yes No

Se sì, spiegare:

**3** Barrare sì o no. A vostra conoscenza, lo studente ha avuto le malattie/condizioni elencate di seguito:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | YES | NO |  | YES | NO |
| * Morbillo |  |  | j. Febbre reumatica |  |  |
| * Parotite |  |  | k. Tosse (persistente, ricorrente) |  |  |
| * Rosolia |  |  | l. Mal di testa  (persistente, ricorrente) |  |  |
| * Varicella |  |  | m. Sonnambulismo |  |  |
| * Poliomelite |  |  | n. Enuresi |  |  |
| * Epatite |  |  | o. Appendicite |  |  |
| * Tubercolosi |  |  | p. Parassiti (interni) |  |  |
| * MST |  |  | q. Encefalite |  |  |
| 1. FSME |  |  | r. Scarlatina |  |  |

In caso affermativo, fornire informazioni dettagliate e date (utilizzare pagine aggiuntive se necessario):

**4 ACNE** Si No

Se sì, identificare l'area, la gravità, eventuali farmaci assunti, nome, dosaggio e frequenza:

**5 ALLERGIE** Si No

Se sì, indicare il tipo di farmaco assunto, il nome del dosaggio e la frequenza:

**6 ASMA** SI No

Se sì, indicare tipo, gravità, eventuali farmaci assunti, nome, dosaggio e frequenza:

**7 DIABETE** SI No

Se sì, indicare tipo, gravità, eventuali farmaci assunti, nome, dosaggio e frequenza:

**8 DISTURBO CONVULSIVO** Yes No

Se sì, indicare tipo, gravità, eventuali farmaci assunti, nome, dosaggio e frequenza:

**9. Has the student ever had or does today’s examination show any disease, impairment or abnormality of**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | YES | NO |  | YES | NO |
| 1. Organi addominali, apparato digerente |  |  | 1. Vasi sanguigni |  |  |
| 1. Polmoni, apparato respiratorio |  |  | 1. Tonsille, naso e gola |  |  |
| 1. Ossa, articolazioni, apparato locomotore |  |  | 1. Sangue, Sistema endocrino |  |  |
| 1. Sistema genito-urinario |  |  | 1. Occhi/vista, orecchie/udito |  |  |

|  |
| --- |
| In caso affermativo, si prega di spiegare (se necessario, utilizzare pagine aggiuntive) e di specificare se sono necessari ausili, adattamenti o assistenza speciale: |

**10**  Lo/la studente/studentessa è stato ricoverato in ospedale?  SI No

|  |
| --- |
| Se sì, indicare le date, la diagnosi e l'esito di ciascun incidente. |

**11** Lo/la studente/studentessa sta assumendo farmaci o iniezioni (oltre a quelli menzionati in precedenza)? Si No

|  |
| --- |
| Se sì, indicare il farmaco, il motivo dell'uso, il dosaggio e la frequenza: |

**12** Lo/la studente/studentessa ha MAI consultato un neurologo, uno psicologo o qualsiasi altro specialista per un disturbo nervoso, emotivo o alimentare? SI No

**13 Esiste un'**anamnesi o un'evidenza attuale di un disturbo emotivo, nervoso o alimentare? SI No

In caso di risposta affermativa a uno dei due punti (12 o 13), è necessario allegare una relazione completa dello specialista e una dichiarazione dei genitori sulla malattia o sul problema specifico. Nota: l'inserimento in una famiglia, scuola e comunità straniera richiede un adattamento che spesso comporta uno stress emotivo. Non si tratta di un momento di rilassamento o di sollievo temporaneo da una terapia in corso. Se lo/la studente/studentessa sta attraversando difficoltà emotive, fisiche, personali o familiari, queste possono essere gravemente aggravate dalle esigenze di adattamento del programma. Pertanto, siete invitati a valutare attentamente le condizioni e le terapie attuali o precedenti dello/la studente/studentessa, nonché la sua capacità di gestire le potenziali ansie e lo stress da adattamento in un ambiente straniero.

**14 Ci sono** limitazioni di salute o restrizioni alle attività e/o alla partecipazione sportiva dello/la studente/studentessa o informazioni mediche che dovrebbero essere prese in considerazione per un inserimento casa/scuola? Yes No

|  |
| --- |
| Se sì, descrivere: |

**15** Lo/la studente/studentessa porta occhiali o lenti a contatto? Si No

|  |
| --- |
| Se sì, indicare la potenza della lente: |

**16 Qual è stata la data dell’ultimo controllo dentistico?**

Lo/la studente/studentessa porta l'apparecchio per i denti? SI No

Se sì, sarà necessaria un'assistenza ortodontica durante il programma? SI NO

|  |
| --- |
| Frequenza? |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SI | NO | g/m/a |  | YES | NO | g/m/s |
| Morbillo |  |  |  | Tetano |  |  |  |
| Poliomelite |  |  |  | Parotite |  |  |  |
| BCG |  |  |  | Rosolia |  |  |  |
| Epatite B |  |  |  | Difterite |  |  |  |
| Pertosse |  |  |  | COVID-19 |  |  |  |
| Altro |  |  |  |  |  |  |  |

17. Lo studente/studentessa ha le seguenti vaccinazioni, se sì, indicare giorno/mese/anno (o se possibile allegare una copia del certificato vaccinale)

|  |
| --- |
| Se altro, specificare: |

**18** Se lo/la studente/studentessa ha effettuato il test della TBC, specificare il tipo: Mantoux o Tine (scegliere uno dei due), la data e il risultato (+/-):

Se positivo, è stata fatta una radiografia del torace? Sì No Data: Risultato (+/-)

In caso affermativo, si prega di fornire spiegazioni (utilizzare pagine aggiuntive, se necessario):

**Firme:**

Il sottoscritto certifica che lo/la studente/studentessa è stato sottoposto a un esame fisico approfondito e che tutte le informazioni mediche più importanti e recenti sono state incluse nel modulo sanitario, che non è stato omesso nulla di rilevante e che lo/la studente/studentessa è in grado di viaggiare. Sono consapevole che l'omissione di qualsiasi informazione potrebbe essere dannosa per la salute dello/la studente/studentessa e potrebbe comportare l'interruzione anticipata del programma.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DEL MEDICO** | TIMBRO E FIRMA |
|  |  |
| **Dati di contatto (indirizzo, telefono, e-mail)** | Data |
|  |  |

Il sottoscritto conferma che le informazioni contenute nel presente modulo sanitario sono corrette e complete e che informazioni inesatte o incomplete potrebbero essere dannose per la salute dello/la studente/studentessa e potrebbero comportare l'interruzione anticipata del programma. Accetto che la busta contenente il presente modulo possa essere divulgata al medico che ha in cura mio/a figlio/a durante il programma, se necessario dal punto di vista medico. Se necessario, mi impegno a comunicare alla scuola e alla famiglia ospitante tutte le informazioni rilevanti relative alla salute di mio/a figlio/a. Tutti i dati personali saranno trattati in modo confidenziale.

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA DELLO/LA STUDENTE/STUDENTESSA** | Data |
|  |  |
| **FIRMA DEI GENITORI** | Data |
|  |  |