



# Servizio medico scolastico

## Cantone dei Grigioni

### Controllo di prevenzione 15 anni / fine della scolarizzazione

Cognome, nome: ..... Data di nascita: .....

Nome dei genitori / dei rappresentanti legali .....

Indirizzo: ..... NPA Luogo .....

Data della visita: ..... Timbro del medico: .....

Anamnesi:	Sì	No	Osservazioni
Informazioni sul segreto medico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Si sente sano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Precedenti malattie/infortuni/operazioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Attualmente in trattamento medico/terapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Malattie acute/croniche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Situazione scolastica soddisfacente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Progetti professionali realistici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Socialmente integrato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Rapporto con i genitori / persone di riferimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Attività nel tempo libero / sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Coscienza di se stessi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Nicotina/alcol/droghe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Soddisfatto del proprio corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Pubertà/sexualità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Comportamento adeguato alla situazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....

#### Vaccinazioni (secondo il calendario vaccinale svizzero):

Di-Te	<input type="radio"/>	Hib	<input type="radio"/>	HPV	<input type="radio"/>	FSME	<input type="radio"/>
Per	<input type="radio"/>	MPR	<input type="radio"/>	Pneumo	<input type="radio"/>	.....	<input type="radio"/>
Polio	<input type="radio"/>	Ep B	<input type="radio"/>	Men	<input type="radio"/>	.....	<input type="radio"/>

#### Visita:

Peso: .....kg (P: .....%) Statura: .....cm (P: .....%) PS ...../.....mmHg

Stato generale: ..... Pelle: .....

Occhi: Visus: o.d. .... c.c./s.c. Udito: d: .....  
o.s. .... c.c./s.c. s: .....

Test per miopia: ..... Timpano: .....

Visione dei colori: .....

Bocca/denti/mascella/gola: .....

Cuore/circolazione: .....

Organi respiratori: .....

Addome: .....

Genitali: .....

Colonna vertebrale/estremità: .....

Risultati particolari: .....

#### Raccomandazioni:

Consegnare il foglio delle visite compilato al medico scolastico Sì  No

Rapporto aggiuntivo separato al medico scolastico Sì  No