

PARTECIPAZIONE AL PROGETTO ERASMUS+ KA1 “ETPRO”

MODELLO SANITARIO

Nell’ambito dell’attività di mobilità prevista dal progetto “ETPRO – Experiencing Tourism: an opportunity of growth-” [Azione KA1 - Mobility Project for VET learners and staff - Progetto n° 2014-1-IT01-KA102-000312], l’alunno trascorrerà all’estero, precisamente a Barcellona (Spagna), un periodo di 30 giorni, effettuando uno stage in un’impresa locale operante nel settore dell’enogastronomia e/o dell’accoglienza turistica e alloggiando presso la stessa struttura dove svolgerà l’attività di stage.

Informazioni errate o incomplete circa le sue condizioni di salute potrebbero causare problemi durante la sua permanenza all'estero. **Il presente modello deve essere compilato dal medico curante dell'alunno** che non può essere un parente prossimo dello stesso richiedente. I genitori/tutori devono fornire al medico tutte le informazioni pertinenti nonché la relativa documentazione circa la storia clinica dell'alunno. Qualora la risposta a una qualunque delle domande dalla 3 alla 14 fosse "Sì", si prega di fornire o allegare informazioni dettagliate.

Tutte le informazioni utili relative alla salute dell’alunno saranno comunicate all’ente ospitante, al fine di garantire la massima sicurezza di quest’ultimo durante il periodo di soggiorno all’estero e nello svolgimento delle attività previste dal progetto. Tutti i dati personali saranno trattati come riservati.

L'alunno porterà con sé il presente modello sanitario che sarà conservato in busta chiusa. Tale busta potrà essere aperta, laddove necessario ai fini medici, esclusivamente dal medico che avrà in cura l'alunno.

Nome: Paese di origine: Data di nascita:.....

1.

Altezza	Peso	Pressione sanguigna	Pulsazioni	Respirazione

2. Osserva anomalie in relazione ad altezza, peso (ivi comprese perdite o aumenti sostanziali di peso negli ultimi sei mesi), pressione sanguigna, pulsazioni o respirazione?

- ☐ Sì
☐ No

Se sì, spiegare:

3. In base alle informazioni di cui è a conoscenza, l'alunno ha presentato le malattie / condizioni di seguito elencate?

	SI	NO		SI	NO
Morbillo			Febbre reumatica		
Orecchioni			Tosse (persistente / ricorrente)		
Rosolia			Mal di testa (persistenti / ricorrenti)		
Varicella			Sonnambulismo		
Poliomelite			Enuresi		
Epatite			Appendicite		
Tubercolosi			Parassiti (interni)		
MST			Encefalite		
FSME			Scarlattina		

Se sì, riportare informazioni dettagliate e date (utilizzare pagine aggiuntive se necessario):

4. ACNE

- ☐ Sì
☐ No

Se sì, identificare l'area, la gravità, la cura somministrata, il relativo nome, dosaggio e frequenza:

5. ALLERGIE

- ☐ Sì
☐ No

Se sì, identificare il tipo, la cura somministrata, il relativo nome, dosaggio e frequenza:

6. ASMA

- ☐ Sì
☐ No

Se sì, identificare il tipo, la gravità, la cura somministrata, il relativo nome, dosaggio e frequenza:

7. DIABETE

- ☐ Sì
☐ No

Se sì, identificare il tipo, la gravità, la cura somministrata, il relativo nome, dosaggio e frequenza:

8. EPILESSIA

- ☐ Sì
☐ No

Se sì, identificare il tipo, la gravità, la cura somministrata, il relativo nome, dosaggio e frequenza:

9. L'alunno ha mai evidenziato, o è emerso dall'esame odierno, qualsiasi malattia, disturbo o anomalia in termini di:

	SI	NO		SI	NO
Organi addominali, sistema digerente			Vasi sanguigni del cuore		
Polmoni, sistema respiratorio			Tonsille, naso o gola		
Ossa, articolazioni, apparato locomotore			Sangue, sistema endocrino		
Apparato genoto-urinario			Occhi / Vista, orecchie / udito		

Se sì, si prega di spiegare (utilizzare pagine aggiuntive se necessario) e specificare se sono necessari aiuti, adattamenti o un'assistenza speciale:

10. L'alunno è stato ricoverato?

- ☐ Sì
☐ No

Se sì, indicare date, diagnosi ed esito di ciascun ricovero.

11. L'alunno attualmente assume farmaci o necessita di iniezioni (diverse da quelle precedentemente menzionate)?

- ☐ Sì
☐ No

Se sì, identificare il farmaco, la ragione per l'impiego, il dosaggio e la frequenza:

12. L'alunno ha MAI consultato un neurologo, psicologo o altro specialista per disturbi di tipo nervoso, emotivo o alimentare?

- ☐ Sì
☐ No

13. Vi sono precedenti di disturbi di tipo emotivo, nervoso o alimentari o ve ne sono di attualmente in corso?

- ☐ Sì
☐ No

In caso di risposta affermativa a una delle due domande (12 o 13), deve essere allegata una relazione COMPLETA dello specialista nonché una dichiarazione dei genitori circa la malattia o il problema specifico.

Nota bene: la sistemazione in una famiglia, scuola o comunità straniera ospitante, nonché lo svolgimento dello stage in azienda, richiede un adattamento che spesso è causa di stress a livello emotivo. Non si tratterà di un periodo di rilassamento o liberazione temporanea da qualsivoglia terapia attuale. Se l'alunno sta attualmente vivendo difficoltà a livello emotivo, fisico, personale o familiare, tali difficoltà possono essere notevolmente aggravate dall'adattamento richiesto dal progetto. Dunque si chiede a Lei di valutare con attenzione la condizione e il trattamento attuali o precedenti dell'alunno unitamente alla sua capacità di gestire potenziali preoccupazioni e stress derivanti dall'adattamento a un ambiente straniero.

14. Esistono limitazioni o restrizioni di tipo sanitario alle attività dell'alunno e/o alla sua partecipazione alle attività sportive o vi sono informazioni da considerare per la sistemazione a casa/scuola?

- ☐ Sì
☐ No

Se sì, descriverle:

15. L'alunno porta occhiali o lenti a contatto?

- ☐ Sì
☐ No

Se sì, indicare la potenza delle lenti:

16. Quale è stata la data dell'ultima visita dentistica dell'alunno? _____

17. L'alunno porta un apparecchio ortodontico?

- ☐ Sì
☐ No

Se sì, sono necessarie cure ortodontiche durante lo svolgimento del programma?

- ☐ Sì
☐ No

Frequenza?

17. L'alunno ha ricevuto le seguenti vaccinazioni? Se sì, specificare giorno / mese e anno

	SI	NO	Giorno/mese/anno		SI	NO	Giorno/mese/anno
Morbillo				Tetano			
Poliomelite				Orecchioni			
BCG				Rosolia			
Epatite B				Difterite			
Pertosse				Altro			

Se altro, specificare:

18. Test per la TBC? Quale tipo? Mantoux o Tine (cerchiare una voce).

Data: Risultato (+/-):

In caso di test positivo, è stata effettuata una radiografia al torace?

- ☐ Sì
☐ No

Data: Risultato (+/-)

Se sì, spiegare (utilizzare pagine aggiuntive, se necessario):

FOGLIO FIRME

Io, sottoscritto, certifico che l'alunno è stato sottoposto ad accurata visita medica, che il presente modello sanitario contiene tutte le informazioni sanitarie aggiornate di rilievo, che non è stato omesso nulla di rilevante e che l'alunno risulta in grado di prendere parte alla mobilità prevista dal progetto.

Sono consapevole che l'omissione di qualsiasi informazione rilevante potrebbe essere dannosa per l'assistenza sanitaria dell'alunno e determinare la cessazione anticipata del programma.

Nome del medico e specializzazione	Timbro e firma
Contatti (indirizzo, telefono, e-mail)	

Io sottoscritto confermo che tutte le informazioni fornite in questo modello sanitario sono complete e che qualunque informazione incorretta o incompleta potrebbe essere dannosa per l'assistenza sanitaria di mio figlio / mia figlia determinare la cessazione anticipata della mobilità all'estero.

Accetto che la busta contenente il presente modello possa essere messa a conoscenza del medico curante di mio figlio/mia figlia durante il soggiorno all'estero, laddove questo si renda necessario dal punto di vista medico.

Accetto di comunicare tutte le informazioni utili relative alla salute di mio figlio/mia figlia alla scuola e alla famiglia ospitanti. Tutti i dati personali saranno trattati come riservati.

Firma dell'alunno (se è maggiorenne)
Firma del/dei genitore/i