

Modello sanitario

Il presente *Modello sanitario* si compone di due parti: Parte 1: parere medico sull'idoneità dell'alunno alla partecipazione al programma e Parte 2: modello di informazione sanitaria. La Parte 1 sarà compilata e firmata dal medico, stampata e trasmessa alla scuola di provenienza dell'alunno a conferma dell'avvenuta selezione dello stesso alla partecipazione alla Mobilità di lungo termine degli alunni. La parte 2 sarà compilata dal medico, firmata dai genitori/tutori e dall'alunno e conservata in busta chiusa. L'alunno dovrà portare con sé tale busta che potrà essere aperta solo dal medico che lo avrà in cura e solo se strettamente necessario ai fini medici.

Parte 1: parere medico sulla partecipazione dell'alunno

Questa parte del documento sarà stampata e trasmessa alla scuola di provenienza dell'alunno a conferma dell'avvenuta selezione dello stesso alla partecipazione alla Mobilità di lungo termine degli alunni.

Io, sottoscritto, certifico che l'alunno è stato sottoposto ad accurata visita medica e risulta in grado di prendere parte al viaggio, e che il presente modulo contiene tutte le informazioni di rilievo relative alle sue condizioni di salute. Sono consapevole che l'omissione di qualsivoglia informazione rilevante potrebbe essere dannosa per l'assistenza sanitaria dell'alunno e determinare la cessazione anticipata del soggiorno.

Alla luce della sua storia clinica e/o psicologica, ritengo lo studente **idoneo / non idoneo** (cancellare l'opzione che non interessa) alla partecipazione al programma di Mobilità di lungo termine degli alunni all'interno del Programma Erasmus+.

Nome del medico e specializzazione		Timbro e firma	
Contatti (indirizzo, telefono, e- mail – se esistenti)		Data	

Parte 2: modello sanitario

L'alunno intende trascorrere all'estero un periodo di mobilità, partecipando ad un progetto Erasmus +, in una scuola all'estero e alloggiando presso una famiglia ospitante e/o in albergo. 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 dell'alunno devono fornire al medico tutte le informazioni pertinenti nonché la relativa documentazione circa la storia clinica dell'alunno stesso. Qualora la risposta a una qualunque delle domande dalla 3 alla 14 fosse "Sì", si prega di fornire o allegare informazioni dettagliate.

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 dell'alunno:

Paese di origine:

Data di nascita:

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 Mettere il segno di spunta sul sì o sul no. In base alle informazioni di cui è a conoscenza, l'alunno ha presentato le malattie/condizioni elencate di seguito?:

	Sì	NO		Sì	NO
a) Morbillo	▪	▪	j) Febbre reumatica	▪	▪
b) Orecchioni	▪	▪	k) Tosse (persistente, ricorrente)	▪	▪
c) Rosolia	▪	▪	l) Mal di testa (persistenti, ricorrenti)	▪	▪
d) Varicella	▪	▪	m) Sonnambulismo	▪	▪
e) Poliomelite	▪	▪	n) Enoresi	▪	▪
f) Epatite	▪	▪	o) Appendicite	▪	▪
g) Tubercolosi	▪	▪	p) Parassiti (interni)	▪	▪
h) MST	▪	▪	q) Encefalite	▪	▪
i) FSME	▪	▪	r) 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:

	SÌ	NO		SÌ	NO
a) Organi addominali, sistema digerente	▪	▪	e) Vasi sanguigni del cuore	▪	▪
b) Polmoni, sistema respiratorio	▪	▪	f) Tonsille, naso o gola	▪	▪
c) Ossa, articolazioni, apparato locomotore	▪	▪	g) Sangue, sistema endocrino	▪	▪
d) Apparato genito-urinario	▪	▪	h) 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 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 programma. 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?

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 il giorno, il mese e l'anno (o, se possibile, allegare una copia del libretto delle vaccinazioni):

	NO	SÌ	GIORNO/MESE/ANNO		NO	SÌ	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):

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

Nome del medico e specializzazione		Timbro e firma	
Contatti (indirizzo, telefono, e- mail – se esistenti)		Data	

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 dell'alunno e determinare la cessazione anticipata del soggiorno. Accetto che la busta contenente il presente modello possa essere messa a conoscenza del medico curante di mio figlio/mia figlia durante il programma, laddove questo si renda necessario dal punto di vista medico. Se necessario, 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 non è un minore)	Data
Firma del o dei genitori	Data