

Autocertificazione sullo stato di salute

per l'accoglienza in colonie, campi di vacanza e centri estivi

Lo scopo dell'autocertificazione sullo stato di salute è di raccogliere i bisogni particolari legati alla salute per l'accoglienza di partecipanti a colonie, campi di vacanza o centri estivi affinché possa essere assicurata un'adeguata presa a carico. L'autocertificazione deve essere compilata dal partecipante o dal rappresentante legale.

Le informazioni trasmesse sono confidenziali e protette. Esse vengono messe a disposizione del personale della colonia, del campo di vacanza o del centro estivo responsabili dell'accoglienza del partecipante. In caso di necessità, le informazioni raccolte possono essere trasmesse al medico di riferimento della colonia, del campo di vacanza o del centro estivo nonché al personale dei servizi sanitari preposti. L'ente organizzatore si impegna a gestire le informazioni in rispetto alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e a restituire o a distruggere il documento e i relativi allegati.

La presente autocertificazione e i relativi allegati sono parte integrante dell'iscrizione all'attività.

Al fine di garantire una comunicazione chiara e agevolare la comprensione, viene utilizzato il genere maschile in modo inclusivo, senza alcuna discriminazione di genere.

Nome dell'ente organizzatore

Luogo in cui si svolge l'attività

Durata dell'attività

dal

al

Dati anagrafici

Cognome del partecipante

Nome del partecipante

Data di nascita

Sesso: femmina maschio altro

Indirizzo

CAP e Località

Chi è il rappresentante legale?

Rappresentanti legali (se minorenni o soggetto a curatela/tutela):

Entrambi i genitori Uno dei genitori Un curatore o tutore

Indicare i dati dei genitori o del/dei rappresentante/i legale/i

Nome

Cognome

Numero di telefono

In caso di urgenza medica i responsabili e il personale sanitario prenderanno i provvedimenti urgenti necessari nell'interesse del partecipante. Appena possibile si metteranno in contatto con il rappresentante legale.

Nel caso in cui il partecipante risulti capace di discernimento, avrà in ogni caso la facoltà di autorizzare l'atto sanitario.

Custodia

Sussistono particolarità in materia di custodia

Sì No

Se sì, specificare

Lasciare in bianco questa parte, che verrà utilizzata per annotare eventuali aggiornamenti all'inizio dell'attività

Domande sullo stato di salute

	Si	No
<input type="checkbox"/> Allergie a medicinali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Altre allergie (cibo, pollini, animali, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Asma o altri disturbi respiratori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Epilessia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Indicazioni in caso di crisi</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Abitudini/cure legate al controllo sfinterico? Porta il pannolino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Disturbi del comportamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Segue un particolare regime alimentare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Ci sono attività fisiche che non possono essere svolte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Porta occhiali o lenti a contatto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Porta apparecchi/protesi dentali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Devono essere utilizzati ausili medici (ortesi, apparecchi acustici, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> È autonomo/a nel loro utilizzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Specificare la tipologia di ausilio:</i>		
<hr/>		
<input type="checkbox"/> Altre particolarità relative allo stato di salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		

Terapie farmacologiche

	Sì	No
È autonomo/a nella gestione e nell'assunzione di farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assume farmaci su prescrizione medica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome del farmaco	Dosaggio (p. es. 1 pastiglia al mattino o "al bisogno")

ATTENZIONE:

PER LA SOMMINISTRAZIONE È NECESSARIO ALLEGARE ALLA PRESENTE AUTOCERTIFICAZIONE LO SCHEMA TERAPEUTICO REDATTO DAL MEDICO CURANTE INDICANTE IL NOME DEI FARMACI, LA FORMA GALENICA, LA VIA DI SOMMINISTRAZIONE, LA POSOLOGIA ED EVENTUALI ALTRE PARTICOLARITÀ.

È NECESSARIO PROVVEDERE A UNA SCORTA ADEGUATA DI FARMACI CHE PERMETTA LA CORRETTA SOMMINISTRAZIONE PER IL PERIODO NECESSARIO.

	Sì	No
Assume altri farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome del farmaco	Dosaggio (es. 1 pastiglia al mattino o "al bisogno")	Indicazioni – Motivo della somministrazione

ATTENZIONE:

È NECESSARIO PROVVEDERE A UNA SCORTA ADEGUATA DI FARMACI CHE PERMETTA LA SOMMINISTRAZIONE PER IL PERIODO NECESSARIO.

Il rappresentante legale che sottoscrive la presente autocertificazione autorizza il personale impiegato nelle attività a somministrare al partecipante i farmaci secondo le indicazioni trasmesse.

Qualora un farmaco sia prescritto *al bisogno*, il personale impiegato nelle attività si impegna a chiedere al rappresentante legale di confermare la somministrazione prima di eseguirla. Di regola, la conservazione e la somministrazione di farmaci sono gestite direttamente da una persona designata dall'ente organizzatore.

	Sì	No
Ulteriori particolarità da segnalare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sì, specificare:</i>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

Qualora intervenissero cambiamenti delle informazioni contenute nella presente autocertificazione, il rappresentante legale si impegna ad informare l'ente organizzatore prima dell'inizio dell'attività.

Sottoscrivendo la presente autocertificazione, il rappresentante legale dichiara la veridicità delle informazioni in essa contenute e acconsente al trattamento dei dati personali degni di particolare protezione ai sensi della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

Allegati all'autocertificazione

Certificato di vaccinazione (copia)	<input type="checkbox"/>
Elenco dei farmaci, dosaggi e somministrazione (piano terapeutico)	<input type="checkbox"/>
Altro, specificare	
<hr/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>

Lasciare in bianco questa parte

Nome e Cognome di chi certifica che i dati risultano aggiornati:

Data: _____

Firma: _____

In fede.

Luogo e data _____

Firma del partecipante o del rappresentante legale _____