

# BILANCIO DI SALUTE 1 MESE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Data della visita \_\_\_\_\_

Peso gr  Lunghezza cm  Circonferenza cm

## Alimentazione

latte materno  latte adattato  altro

Integrazione con vitamina D    Si     No

## VACCINAZIONI

### 1a Dose

* Polio	<input type="text"/>
* DTP	<input type="text"/>
* Epatite B	<input type="text"/>
* Hib	<input type="text"/>
* Anti-PNC	<input type="text"/>
* Altre	<input type="text"/>

## Problemi segnalati dai genitori

## Esame obiettivo

## Sintesi dell'osservazione

Firma del genitore o dell'accompagnatore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_