

BILANCIO DI SALUTE 24 MESI

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____

Data della visita _____

Peso gr Lunghezza cm Circonferenza cm

Alimentazione Durata dell'allattamento al seno

VACCINAZIONI	1a Dose	2a Dose	3a Dose	4a Dose
* Polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* DT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
* DTP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Epatite B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
* Hib	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Anti-PNC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
* MMR	<input type="text"/>		* Varicella	<input type="text"/>
* Altre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Problemi segnalati dai genitori

Esame obiettivo

Valutazione Funzioni Sensoriali Visive, Uditive, di Relazione, di Linguaggio

Firma del genitore o dell'accompagnatore
