

BILANCIO DI SALUTE 6 MESI

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

2a Dose

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

Problemi segnalati dai genitori

Esame obiettivo

Sintesi dell'osservazione

Firma del genitore o dell'accompagnatore
