

**UOC ODONTOIATRIA ORTODONZIA e RETE TERRITORIALE**  
**Presidio NUOVO REGINA MARGHERITA - Via E. Morosini 30- 06.77.30.6869**  
**ADESIONE alla Campagna di SCREENING ODONTOIATRICO**

Preso atto della lettera di invito alla Campagna di Prevenzione Odontoiatrica consegnata a mio/a

figlio/a...../.....dalla direzione scolastica  
 (Cognome) (Nome)

Nato a.....

comunico le seguenti informazioni di Salute:

Il.....

**Dati Anamnestici**

Peso	Altezza	Parto Prematuro		Allattamento Materno		Patologie renali		Allergie		Patologie Cardiache		Diabete Giovanile		Patologie Respiratorie		Profilassi Fluoro Infantile	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

**Area geografica di provenienza:**

Nord Africa	
centro e sud Africa	
America centrale	
America del nord	
America del sud	
India	
Cina	
Sud est Asiatico e Filippine	
Giappone	
Europa comunitaria (*) Altri paesi europei	
australia e nuova Zelanda	
restanti paesi Oceania	

**Abitudini viziate mantenute oltre i 2 anni:**

suzione del dito	
uso del succhiotto	
suzione della lingua	
uso del biberon	
mordicchiamento del labbro	
protrusione della lingua per deglutire	

**Alimentazione abituale del bambino:**

dieta libera e varia	
dieta libera ricca in zuccheri	
dieta vegetariana	
restrizioni per intolleranza al latte	
restrizioni per intolleranze multiple	
dieta senza proteine	
dieta per diabete	

**Respirazione del bambino:**

prevalentemente orale	
prevalentemente nasale	
russamento notturno	

Cefalea o emicrania	
---------------------	--

**Note:**

(Rispondere con un semplice tratto di penna sul quadratino di riferimento)

**E concedo la mia autorizzazione a sottoporre mio/a figlio/a a visita di controllo odontoiatrico secondo le modalità descritte e, secondo quanto previsto dalla legge 193/03, autorizzo al trattamento dei dati sensibili relativi al bambino/a che verranno raccolti per il rendiconto dell'iniziativa di screening, esclusivamente ai fini connessi con la conduzione della campagna stessa e per ricerche scientifico-statistiche sulla popolazione scolastica ed i problemi di salute orale.**

**IMPORTANTE:** vi preghiamo di indicare i vostri recapiti telefonici per ogni evenienza:

cell..... mail .....

**I Genitori/Tutori**

**MADRE**

**PADRE**