

Questionario medico

Sessione del

Osservazioni importanti:

Il presente questionario viene **compilato a domicilio** e deve essere ritornato **in busta chiusa** (con l'indicazione **Questionario medico**) all'indirizzo sopra riportato.

È nel suo interesse rispondere con esattezza a tutte le domande. La preghiamo di **richiedere** ai suoi medici/ospedali i **documenti medici** relativi alla sua idoneità al servizio di protezione civile (certificati medici, ecc.) e di **allegarli al presente formulario; ad eccezione delle radiografie, le quali dovranno essere presentate al momento della visita.**

Le sue informazioni **sottostanno al segreto medico** e verranno trattate **in modo confidenziale.**

Se non già trasmesso, da inoltrare assieme al libretto di servizio
entro il

Cognome
Nome
Data di nascita:
N° AVS:
Indirizzo:
CAP:
Domicilio:

N° telefonico **casa:**
 N° telefonico **posto di lavoro**
 N° telefonico **mobile:**.....

Da riempire dall'interessato/a

		Lasciare in bianco!
Malattie di famiglia:		
Scuole frequentate:		
Professione attuale:		
È cresciuto/a nella casa paterna?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Se no, dove?		
La sua capacità lavorativa è ridotta?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
È disoccupato/a?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Consuma regolarmente bevande alcoliche?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Se sì, quali?		
Quantità consumata giornalmente?		
Fuma? (sigarette, sigari, pipa)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Se sì, quanto al giorno?		
Fa uso regolare di medicinali?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Se sì, quali e quante volte?		
Ha usato stupefacenti (droghe) o ne usa attualmente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Se sì, quali e quante volte?		
È già stato/a sottoposto/a a radiografie o schermografia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
È stato/a in cura medica dopo una radiografia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Se sì, perché, quando e dove?		

Soffre attualmente o ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie:

Lasciare in bianco!

No.		NO		SI
1.	Malattie infettive gravi (angine ripetute, meningite cerebrale, epatite, HIV)?	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2.	Malattie nervose (turbe nervose, depressioni, sonnambulismo, esaurimenti nervosi, svenimenti, epilessia, mal di testa intensi, insonnie)?	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	È stato/a in trattamento da uno psichiatra?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	È stato/a in trattamento da uno psicologo?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3.	Malattie o ferite agli occhi (infiammazioni, diminuzione dell'acuità visiva, cecità notturna)?	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	Porta gli occhiali?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Porta le lenti a contatto?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4.	Malattie alle orecchie (perdita di liquidi, sordità)?	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
5.	Malattie del naso e della gola, gravi menomazioni alla dentatura, infiammazione delle tonsille o delle ghiandole, cervicali, raffreddore del fieno?	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6.	Malattie della pelle, del sangue, delle ghiandole, tumori, diabete?	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
7.	Malattie del cuore (pressione sanguigna alta, insufficienza cardiaca, palpitazioni), varici?	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
8.	Malattie polmonari (tubercolosi, pleurite, asma, bronchite cronica)?	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
9.	Malattie gastrointestinali o del fegato (epatite, emorroidi, fistole rettali, appendicite, ernia ombelicale, o inguinale, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
	Deve seguire una dieta?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10.	Malattie dei reni, debolezze della vescica, albumina nell'urina, calcoli renali?	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
11.	Reumatismi, infiammazioni delle articolazioni, osteomielite, dolori alla schiena oppure ai piedi?	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
12.	È stato/a vittima di un infortunio (fratture, commozione cerebrale, ferite gravi)?	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
13.	Ha subito operazioni chirurgiche o altro trattamento ospedaliero?	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
14.	Malattie non menzionate sopra, per esempio malformazioni o mutilazione di una parte del corpo, gozzo, paralisi, distrofia muscolare?	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>

Sa ha risposto "SI" a una delle domande 1 – 14, di quale malattia o operazione, o di quale incidente si tratta?	Quando? Durata? Guarito? Conseguenze? Medico curante?
---	---

No.	
No.	
No.	
No.	
No.	
No.	

Nome, indirizzo e numero telefonico del medico (di famiglia):

Si sente in buona salute? No Si

Se NO, per quali ragioni?

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver risposto a tutte le domande in modo veritiero ed è d'accordo che, se necessario, siano richieste ai medici curanti informazioni supplementari.

Luogo e data:

Firma dell'interessato/a: