Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento delle istituzioni
Sezione del militare e della protezione della popolazione
Servizio protezione civile
Via Ravello 2
6802 Rivera

Tel. 091 815 14 36/37/34/17
Fax 091 815 14 19
e-mail: di-spci@ti.ch
Url: www.ti.ch/pci

Form. N.

617-3

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 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

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

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

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

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: _____