

Questionario medico

Sessione del

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

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.**

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: | | | |
| 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:
