



QUESTIONARIO STATO SALUTE

Il presente questionario aiuterà il medico che La sottoporrà a visita medica a valutare la Sua attitudine a svolgere attività di volontariato di protezione civile in relazione ai rischi presenti nello svolgimento di tale attività.

1) E' MAI STATO SOTTOPOSTO AD INTERVENTI CHIRURGICI?

NO SI

Se SI, quali?

.....

Quando?.....

.....

2) HA MAI SOFFERTO O SOFFRE DI VERTIGINI?

NO SI

Se SI, quando o da quanto tempo?.....

.....

3) HA MAI AVUTO MALATTIE IMPORTANTI?

NO SI

Se SI, quali?

.....

SOFFRE ATTUALMENTE DI QUALCHE MALATTIA?

NO SI

Se SI, quale?

.....

4) ASSUME ATTUALMENTE FARMACI?

NO SI

Se SI, quali e per che cosa?

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE:

Quanto vino al giorno?.....

Alla settimana?.....

Quanta birra al giorno?

Alla settimana?.....

Quanti superalcolici al giorno (bicchierini, caffè corretti)?

Alla settimana?.....

5) RISCHIO RUMORE

Ha mai avuto malattie, traumi acustici o interventi chirurgici a carico dell'orecchio ?

NO SI

Se SI, quali?

Quando?.....

Ha mai avuto traumi cranici ?

NO SI

Se SI, quali?

Quando?.....

6) RISCHIO VIBRAZIONI E MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI

Soffre di artrosi alla schiena o ernie discali?

NO SI

Se SI, quali?

.....

Da quando?

.....

Ha mai sofferto di malattie a carico del cuore ?

NO SI

Se SI, quali?

.....

Quando?.....

.....

Ha mai subito traumi o interventi chirurgici a carico dell'apparato osteoarticolare ?

NO SI

Se SI, quali?

.....

Quando?.....

.....

Soffre di artrosi alle spalle o alle braccia o alle mani ?

NO SI

Se SI, quali?

.....

Quando?.....

.....

7) RISCHI DA IRRITANTI RESPIRATORI (polveri, fumi, gas)

Soffre di malattie dell'apparato respiratorio (bronchite, asma, enfisema) ?

NO SI

Se SI, quali?

.....

Da quando?

.....

Soffre di malattie allergiche (polveri, pollini, ecc...) ?

NO

SI

Se SI, quali?

Fuma sigarette/sigari/pipa?

NO

SI

Se SI, quanto?.....

Da quando?

8) RISCHIO BIOLOGICO

Quando ha fatto l'ultimo richiamo della vaccinazione antitetanica ?.....

Quali altre vaccinazioni ha fatto?

9) RISCHI DA ALLERGIE PROVOCATE DA PUNTURE DI INSETTI

Soffre di ALLERGIE provocate da punture di insetti?

NO

SI

Se SI, quali?

Da quando?

.....
Luogo, data

.....
NOME e COGNOME
(in stampatello leggibili)