



# Croce Rossa Italiana

Ambulatorio per le visite mediche dei Soci Attivi

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Gentile Socio Attivo,

al fine di approfondire al meglio gli aspetti del suo stato di Salute che possano eventualmente interferire con il servizio in Croce Rossa, la preghiamo di compilare il seguente questionario che verrà impiegato a tutela del suo interesse, per una valutazione ottimale delle sue condizioni. Il medico è a disposizione per chiarire i punti di difficile interpretazione.

I dati in esso riportati sono soggetti al segreto professionale e tutelati ai sensi della Legge 675/96 sulla privacy. Siamo a Sua completa disposizione per ogni ulteriore chiarimento. Grazie.

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

altezza (cm) \_\_\_\_\_ peso (kg) \_\_\_\_\_ professione attuale \_\_\_\_\_

Medico curante dott. \_\_\_\_\_

1.	Fuma regolarmente? Se sì quante sigarette al dì? _____ Da quanto tempo? _____	SI	NO
2.	Beve alcolici? Se sì quanti bicchieri standard di vino al giorno? _____ Quanti di superalcolici? _____ Con quale frequenza consuma bevande contenenti alcol (vino, birra o super-alcolici)? <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Meno di una volta al mese <input type="checkbox"/> Due-quattro volte al mese <input type="checkbox"/> Due-tre volte alla settimana <input type="checkbox"/> Quattro o più volte alla settimana  Con quale frequenza le capita di consumare 6 o più bicchieri al giorno? <input type="checkbox"/> mai <input type="checkbox"/> meno di una volta al mese <input type="checkbox"/> una volta al mese <input type="checkbox"/> una volta alla settimana <input type="checkbox"/> Ogni giorno o quasi	SI	NO
3.	Se di sesso femminile, pensa ci sia la possibilità di essere incinta?	SI	NO
4.	Se di sesso femminile: ha avuto gravidanze? Se sì, in che anno? _____	SI	NO
5.	Porta apparecchi acustici?	SI	NO
6.	Porta occhiali o lenti a contatto?	SI	NO
7.	Ha consultato il Suo medico recentemente? Se sì per quale motivo? _____	SI	NO
8.	Ha recentemente avuto traumi, ricoveri ospedalieri o visite specialistiche? Specificare _____	SI	NO
9.	Prende medicine regolarmente? Se sì quali e in quali dosi? _____	SI	NO



10	Ha mai subito		
	• Infortuni sul lavoro: Se si per quale motivo ed in che anno?	SI	NO
	• Interventi chirurgici: Se si per quale motivo ed in che anno?	SI	NO
	• Ricoveri Ospedalieri: Se si per quale motivo ed in che anno?	SI	NO
11	Ha mai avuto problemi con il lattice? Le capita di avere fastidio con i guanti in lattice durante il servizio?	SI	NO
12	Riesce a salire 10 gradini senza bisogno di fermarsi?	SI	NO
13	Da quando è in CRI, ha mai riportato problemi di salute che mette in relazione al servizio? Se si specificare	SI	NO
14	È mai stato sottoposto alle seguenti vaccinazioni? Indichi l'anno per favore	Anno?	
	Antitetanico difterica.....		
	Anti Epatite B.....		
	Anti Epatite A .....		
	Antitifoidea (indichi se Intramuscolare o Orale) .....		
	Antimeningococcica .....		
	Anti Morbilla Rosolia Parotite .....		
Anti colerica .....			
15	Soffre o ha sofferto in passato delle seguenti malattie?		
	a) malattie cardiache (infarto, angina, difetti cardiaci, aritmie, miocarditi)	SI	NO
	b) malattie vascolari (disturbi circolatori, vene varicose, trombosi, embolie, tromboflebiti)	SI	NO
	c) ha la pressione alta o prende farmaci per il controllo della pressione? (antiipertensivi, diuretici)	SI	NO
	d) malattie respiratorie (asma, bronchite cronica, enfisema polmonare, polmoniti, tubercolosi, silicosi)	SI	NO
	e) malattie del fegato (epatite, steatosi epatica, cirrosi, ittero)	SI	NO
	f) malattie dei reni e delle vie urinarie (nefriti, pielonefriti, calcoli renali o vescicali, insufficienza renale)	SI	NO
	g) malattie gastrointestinali (ulcera, gastrite, colite)	SI	NO
	h) malattie metaboliche (diabete mellito)	SI	NO
	i) malattie della tiroide (gozzo, iper o ipotiroidismo)	SI	NO
	l) malattie oculari (glaucoma, corioretinite)	SI	NO
	m) malattie del sistema nervoso (emiparesi, paralisi, nevralgie, epilessia)	SI	NO
	n) problemi o disordini emozionali (depressione) o del ritmo sonno veglia	SI	NO
	o) malattie dello scheletro (lesioni della colonna vertebrale o articolari)	SI	NO
	p) malattie muscolari (debolezza muscolare, miastenia)	SI	NO
q) malattie del sangue o tendenza al facile sanguinamento ( sanguina facilmente senza motivo oppure ha frequenti sanguinamenti dal naso?)	SI	NO	
r) allergie o reazioni da ipersensibilità (raffreddore da fieno, allergie a cibi, medicine, guanti di gomma, cerotti, graminacee, betulacee etc)	SI	NO	
Se si quali?			
s) altre malattie non elencate di rilevante importanza (es. incidenti, traumi)		SI	NO
Se si descriva quali			

Data.....

Firma