

# SERVIZIO DI MEDICINA PREVENTIVA - DICHIARAZIONE STATO DI SALUTE

-----

## SEZIONE 1 : ANAGRAFICA

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e Data di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di Residenza ( Via e Città) \_\_\_\_\_

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

Indirizzo email \_\_\_\_\_

Corso di Laurea o Post Lauream \_\_\_\_\_

Ti sei laureato presso l' Università Vita-Salute S. Raffaele ?  SI  NO

Sei dipendente OSR o hai un contratto OSR ?  SI  NO

Scolarità  Diploma Scuola Media Superiore  Laurea Triennale  \_\_\_\_\_  
 Laurea Magistrale  Diploma Universitario

Svolge o ha svolto un'attività lavorativa :  no  
 si (specificare da quanti anni) .....  
 solo in passato (specificare per quanti anni) .....

Attualmente svolge un'attività sportiva ?  nessuna  
 amatoriale  
 agonistica

## SEZIONE 2 : MALATTIE AVUTE IN PASSATO O PRESENTI ATTUALMENTE

Quali malattie infettive ha avuto ?  Scarlattina  Epatite A  
 Epatite C  Mononucleosi  
 Morbillo  Parotite  
 Rosolia  Epatite B  
 Varicella  Altre (specificare).....  
 Pertosse

# SERVIZIO DI MEDICINA PREVENTIVA - DICHIARAZIONE STATO DI SALUTE

-----

Riportare l'esito di una titolazione anticorpale protettiva (esame ematico) solo se in possesso e allegare il referto :

EPATITE B: data ..... esito della titolazione anticorpale ..... (+)  o (-)   
MORBILLO: data ..... esito della titolazione anticorpale ..... (+)  o (-)   
PAROTITE: data ..... esito della titolazione anticorpale ..... (+)  o (-)   
ROSOLIA : data ..... esito della titolazione anticorpale ..... (+)  o (-)   
VARICELLA : data ..... esito della titolazione anticorpale ..... (+)  o (-)

## SEZIONE 3 : SCREENING PER LA TUBERCOLOSI

Ha eseguito un test per la tubercolosi ?  SI  NO

Che tipo di test per la tubercolosi ha effettuato ?  Tine Test  Mantoux  Quantiferon

Con che esito ?  negativo/i  positivo/i  non ricordo

Data Test ..... Risultato Test .....

Data vaccinazione BCG (se effettuata ) ..... Trattamento precedente per Tubercolosi :  SI  NO

*RX TORACE* è richiesto se il test tubercolare è positivo (e/o si è a conoscenza di una precedente positività) dovuto a vaccinazione BCG o ad altre cause.

*Data RX Torace* ..... *Risultato*.....

## SEZIONE 4 : MALATTIE METABOLICHE/ENDOCRINE

Ha il diabete ?  SI  NO

Ha avuto o ha malattie del fegato ?  NO  attuali  pregresse

Ha avuto o ha malattie renali ?  NO  attuali  pregresse

Ha avuto o ha malattie della tiroide?  NO  attuali  pregresse

Ha avuto o ha malattie per cui assume farmaci in modo continuativo ?  SI  NO

# SERVIZIO DI MEDICINA PREVENTIVA - DICHIARAZIONE STATO DI SALUTE

-----

## SEZIONE 5 : MALATTIE DEL SANGUE

Ha avuto o ha anemia ?  NO  attuale  pregressa

Ha avuto o ha alterazione dei globuli bianchi ?  NO  attuale  pregressa

Ha avuto o ha alterazione delle piastrine ?  NO  attuale  pregressa

Ha avuto o ha altre malattie del sangue per cui assume o ha assunto farmaci in modo continuativo ?

NO  SI ( specificare) .....

## SEZIONE 6 : MALATTIE RESPIRATORIE

Ha avuto o ha asma ?  NO  attuale  pregressa

Ha avuto o ha polmonite/broncopolmonite/pleurite ?  NO  attuali  pregressa

Ha avuto o ha altre malattie respiratorie per cui assume o ha assunto farmaci in modo continuativo ?

NO  SI ( specificare) .....

## SEZIONE 7 : MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Ha avuto o ha soffio cardiaco ?  NO  attuale  pregresso

Ha avuto o ha cardiopatie ?  NO  attuali  pregresse

Ha avuto o ha ipertensione ?  NO  attuale  pregressa

Ha avuto o ha altre malattie cardiovascolari per cui assume o ha assunto farmaci in modo continuativo?

NO  si ( specificare) .....

## SEZIONE 8 : MALATTIE AGLI ORGANI DEL SENSO

Ha avuto o ha disturbi dell'udito ?  NO  SI

Ha avuto o ha disturbi visivi e oculari ?  NO

SI, ma non porto né occhiali né lenti a contatto

SI, e porto occhiali e/o lenti a contatto (specificare da quanti Anni ) .....

Vede bene con l'attuale correzione ?  SI  NO

# SERVIZIO DI MEDICINA PREVENTIVA - DICHIARAZIONE STATO DI SALUTE

-----

## SEZIONE 9 : DISTURBI MUSCOLOSCHIELETRICI

Ha avuto o ha disturbi muscoloscheletrici ?  SI  NO

Ha avuto o ha traumi importanti (che abbiano comportato/comportano terapie per lunghi periodi o immobilizzazioni) ?  SI  NO

Per quali tipi di fratture ?

<input type="checkbox"/> polsi/mani	<input type="checkbox"/> rachide cervicale
<input type="checkbox"/> avambracci/gomiti	<input type="checkbox"/> rachide dorsale
<input type="checkbox"/> spalle	<input type="checkbox"/> rachide lombosacrale
<input type="checkbox"/> ginocchia	<input type="checkbox"/> caviglie/piedi
<input type="checkbox"/> anche/cosce	

Per quali tipi di distorsioni ?

<input type="checkbox"/> polsi/mani	<input type="checkbox"/> rachide cervicale
<input type="checkbox"/> avambracci/gomiti	<input type="checkbox"/> rachide dorsale
<input type="checkbox"/> rachide dorsale	<input type="checkbox"/> rachide lombosacrale
<input type="checkbox"/> spalle	<input type="checkbox"/> caviglie/piedi
<input type="checkbox"/> ginocchia	
<input type="checkbox"/> anche/cosce	

Per quali tipi di lussazioni ?

<input type="checkbox"/> polsi/mani	<input type="checkbox"/> rachide cervicale
<input type="checkbox"/> avambracci/gomiti	<input type="checkbox"/> rachide dorsale
<input type="checkbox"/> spalle	<input type="checkbox"/> rachide lombosacrale
<input type="checkbox"/> ginocchia	<input type="checkbox"/> caviglie/piedi
<input type="checkbox"/> anche/cosce	

Si è sottoposto ad interventi ortopedici ?  SI  NO

Ha dimorfismi degli arti ?

<input type="checkbox"/> scoliosi/dimorfismo della colonna	<input type="checkbox"/> inferiori
<input type="checkbox"/> dolore acuto in sede lombare che costringe al riposo	<input type="checkbox"/> superiori
<input type="checkbox"/> dolore acuto in sede lombare irradiato agli arti inferiori	<input type="checkbox"/> ernia discale

Attualmente ha disturbi muscoloscheletrici ?

nessun disturbo  
 disturbi che impediscono le normali attività quotidiane  
 disturbi che impediscono attività sportive

# SERVIZIO DI MEDICINA PREVENTIVA - DICHIARAZIONE STATO DI SALUTE

-----

## SEZIONE 10 : ALLERGIE

Ha mai avuto sintomi allergici o reazioni da farmaci ?  SI  NO

nessun episodi  da adulto/a solo alcuni episodi  
 da bambino/a, poi scomparsi  anche nell'ultimo anno

Ha mai avuto dermatiti ?

nessun episodio  da adulto/a solo alcuni episodi  
 da bambino/a, poi scomparsi  anche nell'ultimo anno

Ha eseguito accertamenti per l'allergia ?  NO  SI, con esito negativo  SI, con esito positivo

Segue cure per l'allergia ?  SI  NO

Ha mai notato sintomi dopo il contatto con guanti in lattice ?  SI  NO

In famiglia ci sono persone allergiche ?  SI  NO

## SEZIONE 11 : INFORMAZIONI GENERALI

Ha mai presentato uno stato d'ansia o di depressione, per cui ha consultato un medico ?

SI  NO

E' stato o è donatore di sangue ?  SI  NO

Ha fatto esami del sangue nell'ultimo anno ?  SI  NO

Ha precedenti familiari di malattie importanti ?  SI  NO

E' titolare di invalidità ?  SI  NO

Se sì, INAIL .....%

INPS .....%

CIVILE .....%

# SERVIZIO DI MEDICINA PREVENTIVA - DICHIARAZIONE STATO DI SALUTE

-----

Al momento, o nei 14 giorni appena trascorsi, soffre o ha sofferto di qualcuno dei seguenti disturbi?

TOSSE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DIARREA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
MAL DI GOLA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
FEBBRE (temperatura oltre 37,5°C)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
MAL DI TESTA OSTINATO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RIDUZIONE DELL'OLFATTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
RIDUZIONE DEL SENZO DEL GUSTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ALTRO	-----	

Nelle ultime 3 settimane ha avuto contatti con persone affette da sintomi influenzali o assimilabili?

SI  NO

Convive con familiari affetti da qualche malattia respiratoria o cardiovascolare o da diabete o immunodepressi o trapiantati o affetti da malattie tumorali

SI  NO

Se SI, specifichi per favore il tipo di malattia -----

Ha avuto l'infezione Covid-19 ?  SI  NO

Data tampone positivo ----- (allegare referto in PDF)

Data tampone negativo ----- (allegare referto in PDF)

Si attesta, sottoscrivendo il presente documento, che quanto dichiarato corrisponde a verità.

Data ----- Firma -----