

<p>3 - Solo per donne</p> <p>3.1 - Ha avuto gravidanze? – Se gravidanze patologiche precisarne il motivo</p> <p>3.2 - È ora incinta?</p> <p>3.3 - Le mestruazioni sono regolari? – È in menopausa?</p> <p>3.4 - Ha subito interventi a carico dell'apparato genitale? – quali? – per quali cause?</p> <p>3.5 - Ha malattie delle mammelle?</p>	<p>Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> di quanti mesi?..... NO <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> quali?..... NO <input type="checkbox"/></p>
<p>4 - Malattie o disturbi sofferti dall'infanzia ad oggi</p> <p>4.1 - Malattie infettive o parassitarie? – quali? – quando?</p> <p>4.2 - Malattie veneree? – ha praticato indagini sierologiche per la lue? – quando e con quale esito? – è attualmente in cura?</p> <p>4.3 - Ha sofferto o soffre di disturbi anche transitori – dell'apparato digerente (gastroduodenale, ulcera, colite ulcerosa, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi biliare, tumori ecc.)? – dell'apparato cardio-vascolare (infarto, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, arteriopatie, varici arti inferiori ecc.)? – dell'apparato respiratorio (asma, enfisema, bronchite, pleurite, tbc, tumori ecc.)? – dell'apparato neuropsichico (epilessia, psicosi, paralisi, tumori ecc.)? – del sistema uro-genitale (nefrite, calcolosi, tumori ecc.)? (se calcolosi: intervento? espulsione?) – del sistema osteo-articolare (artrite, artrosi, tumori ecc.)? – del sistema endocrino-metabolico (diabete, dislipidemie, malattie della tiroide, malattie del surrene ecc.)? – del sistema emo-poietico (anemie, leucemie ecc.)?</p> <p>4.4 - Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle? Se Sì, indicare quali, l'epoca e la durata</p> <p>4.5 - Ha subito traumi, ferite ecc.?</p>	<p>Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> * EPOCA DIAGNOSI</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> *</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> *</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> *</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> *</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> *</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> *</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> *</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> *</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>* con riserva eventualmente di richiedere i referti degli esami medici effettuati negli ultimi tre anni.</p>
<p>5 - È stato ricoverato in luoghi di cura? – quando? dove? – con quale diagnosi di dimissione?</p>	<p>Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>6 - È stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivati? In caso affermativo specificare il motivo e l'epoca</p>	<p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7 - Ha praticato esami? – quali? (urine, sangue, HIV, ricerca antigene AU, radiologici, elettrocardiografici, elettroencefalografici ecc.) – per quali motivi? – quando? con quale esito?</p>	<p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>8 - Ha medico abituale o di famiglia? – nome e cognome – indirizzo – quando e per quali motivi lo ha consultato</p>	<p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>9 - Pratica attualmente cure (dietetiche, di insulina o di preparati ipoglicemizzanti, idrobalneoterapiche, roëntgen/radium-terapiche o altre)? – se SÌ, precisare quali</p>	<p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10 - Precedenti assicurativi? – ha subito visite mediche a scopo di assicurazione vita? – è stato accettato a condizioni normali?</p>	<p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>11 - Altre dichiarazioni del Proponente? – beneficia di una pensione di invalidità? – se SÌ, indicare la causa nonché la percentuale di invalidità – altre dichiarazioni</p>	<p>SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Dichiaro ad ogni effetto di legge di aver letto le risposte sopra scritte e di trovarle in tutto conformi a quelle da me date.

Dichiaro inoltre di non soffrire di una o più delle seguenti malattie:

malattie psichiatriche, malattie genetiche, malattie rare, altre malattie non riportate e che abbiano comportato o comportino un trattamento per un periodo continuativo superiore a 30 giorni.

Data

.....
FIRMA DEL PROPONENTE

C - DICHIARAZIONI DEL MEDICO

1 - È legato al Proponente da vincoli di parentela, di affinità, di amicizia, di interessi?

Sì

NO

2 - È medico abituale o di medicina generale del Proponente?

Sì

NO

D - ESAME OBIETTIVO

1 - Condizioni generali

1.1 - Aspetto generale (obeso, gracile, magro)

.....

1.2 - Parametri

Altezza (cm)	Peso (kg)	Circonferenza toracica (cm)		Circonferenza addominale (cm)	Pressione arteriosa		Frequenza del polso
		Mx. ispir.	Mx. espir.		Mx.	Mn.	

Normale

Patologico

1.3 - Cute e mucose visibili (colorito, affezioni, cicatrici)

.....

1.4 - Apparato muscolare (masse muscolari)

.....

1.5 - Apparato osteoarticolare (deformità toraciche, artropatie ecc.)

.....

1.6 - Apparato linfatico (adenopatie)

.....

1.7 - Condizioni della tiroide

.....

1.8 - Condizioni delle mammelle

.....

2 - Apparato respiratorio

2.1 - Prime vie respiratorie (naso, tonsille ecc.)

.....

2.2 - Voce

.....

2.3 - Ispezione, palpazione e percussione

.....

2.4 - Auscultazione

.....

Conclusione diagnostica

.....

	Normale	Patologico
6 - Sistema nervoso		
6.1 - Condizioni psichiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 - Motilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 - Sensibilità e riflessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 - Organi dei sensi		
- orecchio (disturbi funzionali, otorrea ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- occhio (disturbi della vista, esoftalmo ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Conclusione diagnostica</div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 - Referti di esami effettuati negli ultimi 30 giorni da produrre al medico ed allegare al presente modulo

- Anticorpi anti HCV
- Bilirubinemia totale e frazionata
- Colesterolemia totale e frazionata
- Creatininemia
- ECG a riposo e sottosforzo
- Esame emocromocitometrico + formula leucocitaria + conta piastrine
- Esame urine in laboratorio
- Gamma GT-GPT-GOT
- Glicemia
- HBsAG
- HIV
- Lipemia totale
- Protidogramma elettroforetico
- Trigliceridemia
- Ves

8 - Conclusioni diagnostiche

(dopo presa visione dei referti)

Il Proponente non soffre di una o più delle seguenti malattie:

- **MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI:** cardiopatia ischemica, infarto del miocardio, aritmia cardiaca in trattamento farmacologico da almeno 1 anno o con necessità di ricovero ospedaliero negli ultimi 5 anni o con storia di complicanze tromboemboliche, miocardiopatie primitive e/o secondarie, cuore polmonare cronico, tetralogia di Fallot, pericardite cronica, valvulopatia cardiaca complicata da ipertrofia cardiaca o ipertensione polmonare o complicanze tromboemboliche o epato/splenomegalia (aumento di dimensioni di fegato o milza) o indicazione al trattamento chirurgico, coronaropatia già sottoposta o con indicazione a trattamento invasivo (angioplastica coronarica; by-pass chirurgico), ipertensione arteriosa con secondaria ipertrofia cardiaca o complicanze renali (nefropatia) o complicanze oculari (retinopatia) o complicanze vascolari sistemiche, vasculopatia aortoiliaca con indicazione all'intervento chirurgico o segni di ischemia periferica o storia di complicanze tromboemboliche, aneurismi o malformazioni dell'aorta, varici esofagee.
- **MALATTIE DEI POLMONI:** broncopneumopatia ostruttiva (BPCO) in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, enfisema polmonare in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, altre patologie respiratorie con secondarie complicanze cardiache o con necessità (anche non continuativa) di ossigenoterapia, silicosi, asbestosi, fibrosi polmonare interstiziale diffusa.
- **MALATTIE DEL SANGUE:** anemia aplastica, granulocitosi, emoglobinopatie, talassemie (con l'eccezione delle forme silenti e della talassemia minor), emofilia, policitemie, gammopatie, trombofilie, drepanocitosi, altre malattie del sangue con indicazione all'asportazione della milza o necessità di periodiche trasfusioni (di sangue o di derivati ematici), altre malattie del sangue che abbiano richiesto un ricovero ospedaliero.
- **MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO:** vasculopatia cerebrale con almeno un episodio di ischemia cerebrale (anche transitoria), aneurismi o malformazioni vascolari cerebrali, ictus cerebrale, emorragia intracranica di natura non traumatica, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti.
- **MALATTIE DELLO STOMACO, DELL'INTESTINO E DEL FEGATO:** cirrosi epatica o forme di colangite sclerosante, epatite cronica, anoressia nervosa, rettocolite ulcerosa, malattia di Chron od altre malattie infiammatorie croniche dell'intestino.
- **MALATTIE DEI RENI:** insufficienza renale cronica.
- **MALATTIE TUMORALI:** neoplasie maligne di qualsiasi tipo.
- **ALTRE MALATTIE:** miastenia grave, diabete di tipo I o II in trattamento insulinico o con complicanze cardiocircolatorie (angiopatia diabetica) o renali (nefropatia diabetica) o oculari (retinopatia diabetica) o neurologiche (neuropatia diabetica), sieropositività per il virus dell'HIV, connettiviti (collagenosi) e vasculiti con interessamento cardiaco o polmonare, Lupus eritematoso sistemico od altre malattie autoimmunitarie con interessamento cardiaco o polmonare, sarcoidosi con interessamento cardiaco o polmonare, amiloidosi con interessamento cardiaco, malattie genetiche con coinvolgimento neurologico o cardiaco o vascolare o renale o respiratorio o gastrointestinale o scheletrico (ossa o muscoli), obesità con indicazione al trattamento chirurgico o con complicanze cardiovascolari o respiratorie, dislipidemie resistenti alla terapia farmacologica.

Il Medico curante dichiara di aver raccolto l'anamnesi di cui alla sezione A e B ed eseguito l'esame obiettivo di cui alla sezione D del Proponente _____

con diligenza e consegna il presente Rapporto al Proponente.

Data _____

Luogo _____

in cui è stata effettuata la visita medica.

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CURANTE