

# QUESTIONARIO SULLA SALUTE SECONDO LA RACCOMANDAZIONE DELLA FDI

Il malato deve compilare personalmente il Questionario accerchiando SI o NO.  
Per eventuali incomprensioni deve chiarimenti.  
I dati sono segreti e servono solo a fini medici.

Data di compilazione del Questionario

Sesso:  F  M

Nome e cognome

Data di nascita

Professione

Indirizzo

CAP

Tel

Cell

Indirizzo e-mail

Nome, indirizzo e telefono del parente piu stretto:

## LA PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE:

1. Soffre di qualche malattia?	NO	SI
2. Se si, di quale?		
3. Negli ultimi due anni e stato in cura dal medico?	NO	SI
4. Se si, di quale malattia?		
5. Nome e cognome e telefono del Suo medico		
6. Negli ultimi due anni e stato ricoverato all'ospedale?	NO	SI
7. Quali medicine prende - saltuariamente o permanentemente?		
8. Ha avuto, Lei o qualcuno in famiglia, complicazioni durante un'anestesia locale o completa?	NO	SI
9. E allergico/a a qualche medicina o altro	NO	SI
10. Nel Suo caso e mai stato qualche problema coagulazione sanguigna?	NO	SI
11. E mai stato/a esposto/a mediante radiazione di testa o collo?	NO	SI
12. Ha qualche malattia infettiva?	NO	SI
13. Fumate?	NO	SI
Se si, quanto?		
14. E HIV sieropositivo	NO	SI
15. E tossicodipendente?	NO	SI
Se si, di quali narcotici?		

## PER LE DONNE

16. E incinta?	NO	SI
Se si, a quando il parto?		

## ACCERCHI MALATTIE (STATI) AVUTE O AVENTI:

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Difetti alle valvole del cuore | <input type="checkbox"/> Endocardite                   | <input type="checkbox"/> Epilessia                | <input type="checkbox"/> Disturbi allergici       |
| <input type="checkbox"/> Vizi cardiaci congeniti        | <input type="checkbox"/> Tosse permanente              | <input type="checkbox"/> Ghiandole ingrossate     | <input type="checkbox"/> Epatite virale           |
| <input type="checkbox"/> Broncoectasia                  | <input type="checkbox"/> TBC (tubercolosi)             | <input type="checkbox"/> Ulcera gastrointestinale | <input type="checkbox"/> Asma                     |
| <input type="checkbox"/> Malattie tiroidee              | <input type="checkbox"/> Artrite                       | <input type="checkbox"/> Pressione alta           | <input type="checkbox"/> Leucemia                 |
| <input type="checkbox"/> Diabete                        | <input type="checkbox"/> Valvole nel cuore artificiale | <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> Candidiasis orale        |
| <input type="checkbox"/> Sinusite                       | <input type="checkbox"/> Pacemaker cardiaco            | <input type="checkbox"/> Glaucoma                 | <input type="checkbox"/> Itterizia                |
| <input type="checkbox"/> Tumore maligno (cancro)        | <input type="checkbox"/> Cure psichiatriche            | <input type="checkbox"/> Malattie veneree         | <input type="checkbox"/> Espettorazione polmonare |

La preghiamo di scrivere il nome delle malattie che ha, e non e elencata nel Questionario

FIRMA

CONTROLLATO DA