

NOTIZIE GENERALI

Nome e cognome Altezza cm Peso kg

Età Professione

NOTIZIE SULLO STATO DI SALUTE

In caso di risposta affermativa si prega di indicare l'anno o gli anni in cui ha sofferto delle malattie elencate oppure se la malattia è tuttora in corso

ALLERGIA

SI

NO

In caso di risposta affermativa indicare a quali sostanze il paziente è allergico e con che tipo di reazione.
(per es. alimenti, farmaci, cerotti, lattice, pollini ecc.)

.....
.....

MALATTIE CARDIACHE

SI

NO

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.
(per es. soffi, aritmie, infarto, malformazioni ecc.)

.....

IPERTENSIONE ARTERIOSA

SI

NO

EMBOLIA POLMONARE

SI

NO

MALATTIE RESPIRATORIE

SI

NO

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.
(per es. asma, enfisema, bronchiti, tubercolosi ecc.)

.....

MALATTIE DEL TUBO DIGERENTE

SI

NO

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.
(per es. reflusso gastro-esofageo, esofagite, gastrite, ulcera, colite, epatite, itterizia, cirrosi, ernia iatale ecc.)

.....

MALATTIE DEL SANGUE

SI NO

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.

(per es. anemia falciforme, favismo, linfoma, leucemia, malattie coagulazione ecc.)

.....

MALATTIE NEUROLOGICHE

SI NO

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.

(per es. convulsioni, perdita di coscienza, paralisi, emorragia cerebrale, ischemia cerebrale, ictus ecc)

.....

MALATTIE URINARIE (per esempio malformazioni, nefriti, infezioni, calcolosi ecc.)

SI NO

MALATTIE ORMONALI (per esempio diabete, iper/ipotiroidismo, insufficienza surrenalica ecc.)

SI NO

MALATTIE PSICHICHE

SI NO

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.

(per es. depressione, stati d'ansia ecc.)

.....

SINDROME DA DEPRESSIONE IMMUNITARIA ACQUISITA

SI NO

DIFETTI FISICI ACQUISITI O CONGENITI

SI NO

ALTRE MALATTIE NON ELENCAE

SI NO

In caso di risposta affermativa indicare quali malattie.

.....

.....

ASSUME ABITUALMENTE MEDICINE

SI NO

Indicare quelle assunte negli ultimi 6 mesi

.....

.....

HA MAI FATTO O FA USO DI STUPEFACENTI O ALTRE DROGHE?

SI NO

Data, ___/___/___

Timbro e firma del Medico curante

ASSISTENZA PUBBLICA - CROCE AZZURRA - 43029 TRAVERSETOLO PR - Via Verdi, 48 - Tel. 0521.84.44.84 - 0521.84.28.53 - Fax 0521.84.40.41
www.apcroceazzurra.it - info@apcroceazzurra.it

Codice Fiscale 80013350345 - Registro Persone giuridiche n. 532 (Trib. di Parma) - Registro Provinciale del Volontariato Decreto n. 304
O.N.L.U.S.

Centro Formazione riconosciuto  Italian Resuscitation Council "Dr. Giorgio Abbati"

Centro Formazione riconosciuto  Ferno Education Program "Germana Dall'Orto"

Aderente all'ASSOCIAZIONE NAZIONALE PUBBLICHE ASSISTENZE - Aderente a FORUM SOLIDARIETÀ PARMA