

## 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.)

.....

A.P. doc- ammissione 2021 - statosalute

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 ELENcate

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 ODV - 43029 TRAVERSETOLO PR - Via Verdi, 48 - Tel. 0521.84.44.84 - 0521.84.28.53 - Fax 0521.84.40.41  
[www.aproceazzurra.it](http://www.aproceazzurra.it) - [info@aproceazzurra.it](mailto:info@aproceazzurra.it)

Codice fiscale 80013350345 - Iscrizione al Registro Regionale delle organizzazioni di volontariato n. 1570 - Registro Provinciale del Volontariato Decreto n. 304 del 11/03/1993 - Registro persone giuridiche n. 532 (Trib. di Parma)

Centro Formazione riconosciuto



Italian Resuscitation Council "Dr. Giorgio Abbati"

Centro Formazione riconosciuto **FERNO ACADEMY** "Germana Dall'Orto"

Aderente all'ASSOCIAZIONE NAZIONALE PUBBLICHE ASSISTENZE - Aderente a CSV Emilia