

# Portale Commissione Medica Locale

PAGINA INIZIALE

PRENOTA VISITA

MODIFICA VISITA

PAGINE INFORMATIVE

## DICHIARAZIONE DEI PRECEDENTI MORBOSI

\* I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori

**Peso(\*):**

**Altezza(cm)(\*):**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <p><b>Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO? (pressione alta anche se normalizzata da farmaci, pregresso infarto, angina, intervento cardiocirurgico, intervento di by-pass, aneurisma, aritmie, impianto di pace maker o di defibrillatore (ICD), sostituzione di valvola cardiaca, ecc.)?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUALI E DA QUANDO:</p> <input type="text"/> | <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> |
| <p><b>Soffre, o ha mai sofferto, di RUSSAMENTO rumoroso e abituale?</b></p> <p>Se si da quanto tempo?</p> <input type="text"/><br><p>Si addormenta frequentemente durante il giorno?</p> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                           | <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> |
| <p><b>Soffre, o ha mai sofferto, di SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE?</b></p> <p>Se SI, utilizza un dispositivo CPAP?</p> <input type="text"/><br><p>Da quando e per quante ore a notte:</p> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                          | <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> |
| <p><b>Soffre, o ha mai sofferto, di altre MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (insufficienza respiratoria cronica, enfisema polmonare, fibrosi polmonare, ecc.)?</b></p> <p>Se SI, quali e da quando:</p> <input type="text"/><br><p>E' stata prescritta ossigeno-terapia?</p> <input type="text"/><br><p>Da quando e per quante ore al giorno:</p> <input type="text"/>                                | <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> |
| <p><b>Soffre di DIABETE MELLITO?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE di quale tipo:</p> <p><input type="radio"/> insulinodipendente <input type="radio"/> NON insulinodipendente (diabete trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)</p>                                                                                                                                                                    | <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> |
| <p><b>Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE ENDOCRINE? (ad es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi)?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUALI E DA QUANDO:</p> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                   | <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> |
| <p><b>Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE NEUROLOGICHE (ad es.: morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, ictus, sclerosi multipla, miastenia grave, neuropatia degli arti, decadimento cognitivo, stato di coma, ecc.)?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUALI E DA QUANDO:</p> <input type="text"/>                                                                              | <p><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <p><b>Soffre di EPILESSIA o ha mai manifestato CRISI EPILETTICHE (o convulsioni)?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE la data dell'ultima crisi<br/> <input type="text"/></p> <p>Indicare la terapia eseguita<br/> <input type="text"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>E' in corso SOSPENSIONE o REVISIONE della patente per GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA o per GUIDA SOTTO L'EFFETTO DI SOSTANZE STUPEFACENTI?</b></p> <p>Specificare se alcol, stupefacenti o entrambi<br/> <input type="text"/></p> <p>Quando e' stato fermato l'ultima volta?<br/> <input type="text"/></p>                                                                                                                                                                                          | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>Ha, o ha mai fatto uso in passato, anche occasionalmente, di SOSTANZE STUPEFACENTI? (cannabis, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD, Ketamina od altre)?</b></p> <p>Quali sostanze?<br/> <input type="text"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>E', o e' mai stato, in cura presso un SERT (Servizio per la Tossicodipendenza) o una Comunita' Terapeutica?</b></p> <p>Se SI, fino a quando?<br/> <input type="text"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>HA, o ha mai avuto in passato, problemi correlati all'ABUSO o alla DIPENDENZA da bevande ALCOLICHE</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUANDO:<br/> <input type="text"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>E', o e' mai stato, in cura presso un NOA (es. Nucleo operativo alcologico, Servizio di alcologia)?</b></p> <p>Se SI, fino a quando?<br/> <input type="text"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>Soffre, o hai mai sofferto, di MALATTIE PSICHICHE? (ad es.: ansia, depressione, psicosi, disturbi di personalita', allucinazioni, ecc.&gt;).</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:<br/> <input type="text"/></p> <p>E', o e' mai stato, in cura presso specialisti in psichiatria? E', o e' mai stato, in cura presso servizi psichiatrici pubblici o privati?</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Se SI, specificare fino a quando<br/> <input type="text"/></p> | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>E', o e' stato, in cura con FARMACI PSICOATTIVI(tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri)?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUALI in che periodo e a quali dosaggi:<br/> <input type="text"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>Soffre, o ha mai sofferto di MALATTIE DEL SANGUE O DEL FEGATO(anemia, leucemia, policitemia, piastrinopenia, oppure epatite, cirrosi epatica ecc.)?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:<br/> <input type="text"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>Soffre, o ha mai sofferto di MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE? (ad es. insufficienza renale cronica)?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:<br/> <input type="text"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |
| <p><b>Sussistono MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE, DEFICIT DELLA EFFICIENZA DEGLI ARTI, ANOMALIE SOMATICHE?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:</p> <input type="text"/>                                                                                                    | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>E' stato coinvolto in INCIDENTI STRADALI, di qualsiasi tipo, anche dovuti a responsabilita' d'altri?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUANDO:</p> <input type="text"/>                                                                                                                      | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>E' stato riconosciuto INVALIDO CIVILE (OPPURE DI GUERRA, DI LAVORO, DI SERVIZIO)?</b></p> <p>Se SI, quando</p> <input type="text"/><br>e con percentuale pari a: <input type="text"/>                                                                                                    | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>Soffre, o ha mai sofferto, di ALTERAZIONI DELL'APPARATO VISIVO(ad es. cheratocono, maculopatie, glaucoma)?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:</p> <input type="text"/><br>Utilizza OCCHIALI DA VISTA o LENTI A CONTATTO? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>E affetto da ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo(es. ipoacusia, sordita', ecc.)?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:</p> <input type="text"/><br>Utilizza PROTESI ACUSTICHE? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                                                | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>HA MAI SUBITO UN TRAPIANTO D'ORGANO(ad es.: trapianto di rene, di fegato, ecc.)?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUALE:</p> <input type="text"/>                                                                                                                                           | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>HA IN CORSO TERAPIE FARMACOLOGICHE di qualsiasi tipo?</b></p> <p>Se SI, SPECIFICARE QUALI FARMACI ed a quali dosaggi:</p> <input type="text"/>                                                                                                                                           | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>E' in possesso di ESENZIONE TICKET di qualunque natura?</b></p> <p>SPECIFICARE</p> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |