

Cognome.....

Nome.....

Data.....

## Questionario per Check Up Standard DONNA

### Sezione 1: DATI GENERALI

**Stato civile:**

Coniugato/a

Celibe/Nubile

**Numero di figli?**

.....

**Scolarità:**

Diploma scuola media inferiore

Diploma scuola media superiore

Diploma universitario

Laurea triennale

Laurea magistrale

**Svolge o ha svolto una attività lavorativa?**

No

Sì (specificare da quanti anni)

Solo in passato (specificare per quanti anni)

**In quale/i settore/i?**

Industria

Agricoltura

Terziario

Servizi

**Abitualmente svolge una attività sportiva?**

Nessuna

Amatoriale (specificare quante ore settimanali)

Agonistica (specificare quante ore settimanali)

### Sezione 2: MALATTIE AVUTE IN PASSATO O PRESENTI ATTUALMENTE

**Quali malattie infettive ha avuto?**

Varicella <input type="checkbox"/>	Pertosse <input type="checkbox"/>
Epatite A <input type="checkbox"/>	Mononucleosi <input type="checkbox"/>
Parotite <input type="checkbox"/>	Epatite B <input type="checkbox"/>
Scarlattina <input type="checkbox"/>	Tubercolosi <input type="checkbox"/>
Epatite C <input type="checkbox"/>	Morbillo <input type="checkbox"/>
Rosolia <input type="checkbox"/>	Altre: <input type="checkbox"/>

**Quali vaccinazioni ha effettuato?**

Poliomielite

Parotite/rosolia

Morbillo

Difterite

Pertosse

Tetano (data ultimo richiamo) .....

Epatite B (data ultimo richiamo) .....

**1 Ha precedenti familiari di malattie importanti?**

Diabete

Ipertensione

Allergie

Cardiopatie

Tumori

**2**

### Sezione 3: SCREENING PER LA TUBERCOLOSI

**E' stato/a a contatto con persone affette da tubercolosi?**

No

Sì

**Ha eseguito un test per la tubercolosi?**

No

Sì

**Che tipo di test per la tubercolosi ha effettuato?**

Tine test

Mantoux

**Con che esito?**

Negativo

Positivo

Non ricordo

**E' stato vaccinato per la tubercolosi?**

No

Sì

### Sezione 4: MALATTIE METABOLICHE O ENDOCRINE

**Ha il diabete?**

No

Sì

**Ha avuto o ha malattie del fegato?**

No

Sì

Pregresse

**Ha avuto o ha malattie renali?**

No

Sì

Pregresse

**Ha avuto o ha malattie della tiroide?**

No

Sì

Pregresse

Ha avuto o ha malattie per cui assume o ha assunto farmaci in modo continuativo?

No   
Sì (specificare) .....

### Sezione 5: MALATTIE DEL SANGUE

Ha avuto o ha anemia?

No   
Attuale   
Pregressa

Ha avuto o ha alterazioni dei globuli bianchi?

No   
Attuale   
Pregressa

Ha avuto o ha alterazioni delle piastrine?

No   
Attuale   
Pregressa

Ha avuto o ha malattie del sangue per cui assume o ha assunto farmaci in modo continuativo?

No   
Sì (specificare) .....

### Sezione 6: MALATTIE RESPIRATORIE

Ha avuto o ha asma?

No   
Attuale   
Pregressa

Ha avuto o ha polmonite/broncopolmonite/pleurite?

No   
Attuale   
Pregressa

Ha avuto o ha malattie respiratorie per cui assume o ha assunto farmaci in modo continuativo?

No   
Sì (specificare) .....

### Sezione 7: MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Ha avuto o ha soffio cardiaco?

No   
Attuale   
Pregressa

Ha avuto o ha malattie cardiache?

No   
Attuale   
Pregressa

Ha avuto o ha ipertensione arteriosa?

No   
Attuale   
Pregressa

Ha avuto o ha malattie cardiovascolari per cui assume o ha assunto farmaci in modo continuativo?

No   
Sì (specificare) .....

### Sezione 8: MALATTIE AGLI ORGANI DI SENSO

Ha avuto o ha disturbi all'udito?

No   
Sì

Ha avuto o ha disturbi visivi o oculari?

No   
Sì   
Pregresse

Va bene con l'attuale correzione?

No   
Sì

Ha avuto o ha altri disturbi oculari?

Strabismo	<input type="checkbox"/>	Congiuntiviti	<input type="checkbox"/>
Cheratiti	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>
Retinopatie	<input type="checkbox"/>	Cataratta	<input type="checkbox"/>
Distacco di retina	<input type="checkbox"/>		

Ha una visione sfuocata da vicino o da lontano?

No   
Sì

### Sezione 9: DISTURBI MUSCOLO-SCHELETRICI

Ha avuto o ha traumi importanti che abbiano comportato o comportano terapie per lunghi periodi o immobilizzazioni?

No   
Sì

Per quali tipi di fratture?

Polsi/Mani	<input type="checkbox"/>	Avambracci/Gomiti	<input type="checkbox"/>
Spalle	<input type="checkbox"/>	Ginocchia	<input type="checkbox"/>
Anche/Cosce	<input type="checkbox"/>	Colonna cervicale	<input type="checkbox"/>
Colonna dorsale	<input type="checkbox"/>	Colonna lombo-sacrale	<input type="checkbox"/>
Caviglie/Piedi	<input type="checkbox"/>		

Per quali tipi di distorsioni?

Polsi/Mani	<input type="checkbox"/>	Avambracci/Gomiti	<input type="checkbox"/>
Spalle	<input type="checkbox"/>	Ginocchia	<input type="checkbox"/>
Anche/Cosce	<input type="checkbox"/>	Colonna cervicale	<input type="checkbox"/>
Colonna dorsale	<input type="checkbox"/>	Colonna lombo-sacrale	<input type="checkbox"/>
Caviglie/Piedi	<input type="checkbox"/>		

Per quali tipi di lussazioni?

Polsi/Mani	<input type="checkbox"/>	Avambracci/Gomiti	<input type="checkbox"/>
Spalle	<input type="checkbox"/>	Ginocchia	<input type="checkbox"/>
Anche/Cosce	<input type="checkbox"/>	Colonna cervicale	<input type="checkbox"/>
Colonna dorsale	<input type="checkbox"/>	Colonna lombo-sacrale	<input type="checkbox"/>
Caviglie/Piedi	<input type="checkbox"/>		

Si è sottoposta ad interventi ortopedici?

No   
Sì

Ha dimorfismi o altri disturbi degli arti e della colonna?

No

Arti inferiori	<input type="checkbox"/>
Arti superiori	<input type="checkbox"/>
Scoliosi/Dismorfismi della colonna	<input type="checkbox"/>
Dolore acuto in sede lombare che costringe al riposo	<input type="checkbox"/>
Dolore in sede lombare irradiato agli arti inferiori	<input type="checkbox"/>
Ernia discale	<input type="checkbox"/>

Attualmente ha disturbi muscolo-scheletrici?

Nessun disturbo   
Disturbi che impediscono le normali attività quotidiane   
Disturbi che impediscono attività sportive

**Sezione 10: ALLERGIE**

**Ha mai avuto sintomi allergici o reazioni da farmaci?**

No   
Sì

**Ha mai avuto rinite o oculo-rinite?**

Nessun episodio   
Da bambina, poi scomparsi   
Da adulta, solo alcuni episodi   
Anche nell'ultimo anno

**Ha mai avuto asma?**

Nessun episodio   
Da bambina, poi scomparsi   
Da adulta, solo alcuni episodi   
Anche nell'ultimo anno

**Ha mai avuto dermatiti?**

Nessun episodio   
Da bambina, poi scomparsi   
Da adulta, solo alcuni episodi   
Anche nell'ultimo anno

**Ha mai avuto orticaria?**

Nessun episodio   
Da bambina, poi scomparsi   
Da adulta, solo alcuni episodi   
Anche nell'ultimo anno

**Ha eseguito accertamenti per l'allergia?**

No   
Sì, con esito negativo   
Sì, con esito positivo

**Segue cure per l'allergia?**

No   
Sì

**Ha mai notato sintomi dopo l'ingestione di frutta o altri alimenti?**<sup>6</sup>

No   
Sì

**Ha mai notato sintomi dopo il contatto con guanti in lattice o materiali simili?**

No   
Sì

**In famiglia ci sono persone allergiche?**

No   
Sì

**Sezione 11: ALTRE INFORMAZIONI GENERALI**

**Ha mai presentato uno stato d'ansia o di depressione, per cui ha consultato un medico?**

No   
Sì

**Ha avuto o ha disturbi del sonno?**

No   
Sì

**Ha assunto o assume farmaci per dormire?**

No   
Sì

**E' stato o è donatore di sangue?**

No   
Sì

**Ha fatto esami del sangue nell'ultimo anno?**

No   
Sì, con risultati nella norma   
Sì, con risultati fuori della norma (specificare)

.....  
.....

**INFORMATIVA PRIVACY**

La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti al nostro Centro, mediante il Questionario, avverrà nel rispetto del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196. I dati acquisiti saranno trattati, mediante l'ausilio di mezzi informatici ed in forma cartacea, allo scopo di evidenziare i potenziali soggetti a rischio cardiovascolare. Il conferimento di tali dati è facoltativo ma il suo rifiuto a fornirli darà luogo all'impossibilità di ricevere il servizio di cui sopra. E' esclusa ogni ipotesi di comunicazione dei dati che non sia imposta da norme di Legge o da Lei espressamente autorizzata; è esclusa ogni ipotesi di diffusione degli stessi. L'eventuale utilizzo dei dati per fini statistici e di ricerca avverrà in forma strettamente anonima.

Firma .....