

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?⁶

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