

Dati personali

Data / /

Nome _____

DAN-ID # _____

Et  _____

Sesso

 M

 F

Altezza _____

Peso _____

cm

Kg

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO

 SI

 NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Malattie cardiache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Interventi cardiocirurgici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pressione arteriosa alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Incapacit� nello svolgimento di attivit� fisica moderata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Storia familiare di attacco cardiaco o infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Valori elevati di colesterolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vasculopatia periferica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Interventi di chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ulcere o interventi di chirurgia vascolare per il loro trattamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Terapia farmacologica

 Farmaci antipertensivi

 Farmaci per il sistema cardiovascolare

APPARATO RESPIRATORIO

 SI

 NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemi respiratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Altre patologie dell'area toracica o interventi di chirurgia toracica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Terapia farmacologica

 Farmaci antiasmatici

SISTEMA NERVOSO

 SI

 NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Epilessia, convulsioni, terapia antiepilettica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Amnesie, svenimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ferite alla testa con perdita di coscienza negli ultimi cinque anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Emicrania ricorrente, farmaci per prevenirla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Terapia farmacologica

 Farmaci antiepilettici

APPARATO ORL - ORECCHIO, NASO & GOLA SI NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Problemi alle orecchie e ai seni paranasali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Interventi di chirurgia alle orecchie e ai seni paranasali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Perdita dell'udito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Disturbi dell'equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ALLERGIE SI NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Allergie stagionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Allergie a farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Allergie alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Terapia farmacologica

Farmaci per il trattamento delle allergie	<input type="checkbox"/>			
---	--------------------------	--	--	--

APPARATO OSTEOARTICOLARE SI NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Problemi alla schiena o agli arti conseguenti ad interventi chirurgici, lesioni o fratture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mal di schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Interventi chirurgici alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ernia del disco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

APPARATO GASTROINTESTINALE SI NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Ernia addominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Patologia epatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Patologia tumorale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Intervento chirurgico di colostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Intervento chirurgico di ileostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SISTEMA EMOPOIETICO SI NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Disturbi emorragici o della coagulazione del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SISTEMA ENDOCRINO-METABOLICO

SI NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Diabete mellito, anche quando controllato con sola terapia dietetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Patologia tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Terapia farmacologica				
Terapia Insulinica	<input type="checkbox"/>			
Farmaci antidiabetici orali	<input type="checkbox"/>			
Farmaci per l'ipotiroidismo	<input type="checkbox"/>			
Farmaci per l'ipertiroidismo	<input type="checkbox"/>			

CONDIZIONE DI SALUTE MENTALE E PSICOLOGICA

SI NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Problemi di salute comportamentale, mentale e psicologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Terapia farmacologica				
Farmaci antidepressivi	<input type="checkbox"/>			
Psicofarmaci	<input type="checkbox"/>			

INCIDENTI SUBACQUEI PRECEDENTI, EPISODI DI MALATTIA DA DECOMPRESSIONE

YES NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
MDD - Malattia da decompressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Altri incidenti subacquei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ABITUDINI E COMPORAMENTI

SI NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Fumo di sigaretta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Uso di sostanze stupefacenti, abuso di alcol o terapia per l'alcolismo negli ultimi cinque anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ALTRO

SI NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Malattia da movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Terapia farmacologica				
Farmaci antinfiammatori ed antidolorifici	<input type="checkbox"/>			
Altro	<input type="checkbox"/>			

QUALSIASI ALTRA QUESTIONE/COMUNICAZIONE

YES NO

Condizioni di salute	Presente	Passata	Anno	Note / Commenti
Qualsiasi altra questione/comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		