



QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER IL PERSONALE UNIVERSITARIO

Il presente questionario, utile alla raccolta di informazioni sullo stato di salute ai fini della valutazione di eventuali incompatibilità o ipersuscettibilità, andrà inviato, debitamente compilato, unicamente a mezzo email all'indirizzo:

questionarioanamnestico@unict.it

I dati raccolti saranno trattati esclusivamente dai Medici Competenti dell'Ateneo.

In caso di difficoltà nella compilazione del presente questionario si raccomanda di rivolgersi al proprio Medico Curante e/o all'Ufficio del Medico Competente.

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____

mansione: _____

recapito telefonico: _____ email: _____

afferre al Dipartimento: _____

indirizzo sede di lavoro: _____

DICHIARA

di effettuare la propria attività presso:

ufficio laboratorio aree esterne (continuativa o sporadica)

In caso di attività (continuativa o sporadica) presso aree esterne, specificare il o i luoghi:

in grotta/sottoterra in pianura in quota (specificare quota massima da raggiungere): _____ m

Dichiara altresì, sotto la propria responsabilità, di:

1. essere affetto da patologie muscolari e/o osteo-articolari?

SI NO

Se sì, quali?: _____

2. essere affetto da patologie cardiovascolari (cardiopatie, ipertensione arteriosa etc.) ?

SI NO

Se sì, quali?: _____

3. avere avuto episodi di shock anafilattico?

SI NO



4. essere affetto da patologie respiratorie e/o da asma allergico?

SI NO

Se si, specificare la patologia e/o l'agente allergizzante: _____

5. essere allergico alla puntura degli imenotteri aculeati, in particolare delle api?

SI NO

• Se si, indichi quale tra i seguenti tipi di sintomatologia ha scatenato tale puntura:

- Orticaria diffusa, prurito, malessere, ansia;
- Uno qualsiasi dei sintomi o reazioni precedenti associato ad almeno uno dei seguenti: angioedema, senso di costrizione toracica, dolore addominale, nausea, vomito, diarrea, vertigini;
- Uno qualsiasi dei sintomi o reazioni precedenti associato ad almeno 2 dei seguenti: dispnea, broncospasmo, stridore laringeo, disfagia, disartria, disfonia, debolezza, confusione mentale, senso di panico;
- Uno qualsiasi dei sintomi o reazioni precedenti associato ad almeno 2 dei seguenti: ipotensione, collasso, perdita di coscienza, incontinenza urinaria o fecale, cianosi.

6. essere affetto da malattie del sangue (emoglobinopatie, favismo, manifestazioni emolitiche etc.)?

SI NO

Se si, specificare la patologia: _____

7. essere affetto da diabete?

SI NO

Se si, specificare il trattamento farmacologico: _____

8. avere effettuato le vaccinazioni dell'infanzia obbligatorie/raccomandate e/o eventuali ulteriori vaccinazioni:

SI NO

Se si, barrare le vaccinazioni effettuate ed allegare al presente questionario una copia delle eventuali certificazioni:

OBBLIGATORIE	RACCOMANDATE	CONSIGLIATE IN CASO DI VIAGGI ALL'ESTERO
Difterite	Pertosse	Febbre tifoide
Tetano	Meningite meningococcica	Epatite A
Poliomielite	Morbillo	Rabbia
Epatite B	Parotite	Colera
	Rosolia	Encefalite da zecche (Tbe)
	Varicella	



9. di avere una invalidità civile / INAIL:

SI NO

Se si, specificare causa e percentuale d'invalidità: _____

10. praticare attività sportiva?

SI NO

Se si, specificare il tipo di attività e con quale frequenza : _____

11. (se donna) essere in stato di gravidanza?

SI NO

Se si, specificare il mese/settimana : _____

Se si, specificare se vuole usufruire della flessibilità :

SI NO

Eventuali altre note: _____

FIRMA

Per conferma della veridicità di quanto dichiarato, per informazione sul significato e per autorizzazione al trattamento dei dati sanitari e personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 da parte dell'Ufficio del Medico Competente.

Data: _____