

***CERTIFICATO ANAMNESTICO DEL MEDICO CURANTE***

N.B.: Le parti *in corsivo* corrispondono al modello previsto dal Ministero; le restanti domande o approfondimenti delle domande “ministeriali” sono proposte dalla Commissione Sanitaria per raccogliere un’anamnesi più approfondita.

il/la sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_

Medico curante del/la signor/ra \_\_\_\_\_

nell'ambito dell'accertamento medico dell'idoneità psicofisica per svolgere servizio come Volontario della Croce Rossa

**D I C H I A R A**

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che i Sig./ra \_\_\_\_\_

(barrare sì o no)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Soffre di <i>patologie dell'apparato cardiocircolatorio</i> (Es.: pressione alta anche se normalizzata dal trattamento; pregresso infarto; angina; pregresso intervento cardiocirurgico; aneurisma; aritmie)?<br><b>Se sì, indicare quali:</b> _____                                                | Si | No |
| Soffre di <i>diabete mellito</i> ? <b>Se sì specificare se:</b><br>Insulinodipendente<br>Trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali                                                                                                                                                                | Si | No |
| Soffre di <i>patologie endocrine</i> (es.: della tiroide, dei surreni, dell' ipofisi, ecc.)?<br><b>Se sì, indicare quali:</b> _____                                                                                                                                                                 | Si | No |
| Soffre o ha mai sofferto di malattie neurologiche (es. m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.)?<br><b>Se sì, indicare quali:</b> _____                                                                                                                 | Si | No |
| Sussistono (soffre di) o ha mai sofferto di turbe o patologie psichiche (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)?<br><b>Se sì, indicare quali e in che periodo ne ha sofferto:</b> _____                                                                                                       | Si | No |
| E' attualmente o è mai stato in passato in cura con tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri farmaci psicotropi? (Fa uso di sostanze psicoattive? – questa domanda comprende anche le due che seguono)<br><b>Se sì, indicare quali e in che periodo ne ha sofferto:</b> _____ | Si | No |
| Ha mai avuto sospensioni o revisione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica? Ha mai avuto problemi relativi ad abuso di alcoolici?<br><b>Se sì, indicare specificare:</b> _____                                                                                                      | Si | No |
| Ha mai avuto sospensioni o revisione della patente per uso di stupefacenti? Ha mai fatto uso di canapa indiana, eroina, cocaina, anfetamine, LSD od altre droghe d' abuso?<br><b>Se sì, specificare:</b> _____                                                                                      | Si | No |
| Ha mai subito un trauma cranico?<br><b>Se sì, specificare:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                | Si | No |

|                                                                                                                                                                                                                                |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Soffre di <b>EPILESSIA</b> o ha mai manifestato crisi epiletticheo convulsioni?<br>Se sì, specificare la data quando si è manifestata l' ultimo episodio _____<br>Se sì, <b>Specificare la Terapia seguita:</b> _____<br>_____ | Si | No |
| Sussistono(soffre di)malattie del sangue?<br>Se sì, <b>Specificare quali:</b> _____<br>_____                                                                                                                                   | Si | No |
| Sussistono(soffre di) malattie dell' apparato uro-genitale?(Es.: Insufficienza renale cronica, ecc.)<br>Se sì, <b>Specificare quali:</b> _____<br>_____                                                                        | Si | No |
| Prende medicine o ne ha prese per più di una settimana nell' ultimo anno? _____<br>Se sì, <b>Indicare quali, in che periodo ed a quali dosaggi:</b> _____<br>_____                                                             | Si | No |
| Ha problemi di vista non correggibili con lenti?<br>Se sì, <b>Indicare quali:</b> _____                                                                                                                                        | Si | No |
| Porta lenti a contatto?                                                                                                                                                                                                        | Si | No |
| Ha problemi di udito?                                                                                                                                                                                                          | Si | No |
| Porta protesi d'arto (anche parziali), tutori, ha amputazioni (anche parziali) o limitazioni funzionali a carico di uno o più arti?<br>Se sì, <b>Specificare:</b> _____                                                        | Si | No |
| Porta protesi acustiche?                                                                                                                                                                                                       | Si | No |

Data: \_\_\_\_\_.

Timbro e Firma del Medico Curante \_\_\_\_\_

### ***DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE SULLA PRIVACY DEL VOLONTARIO***

Ai sensi vigente Codice per la Protezione dei Dati Personali vengo informato del fatto che i dati personali e riguardanti le mie condizioni di salute emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'Ufficio, saranno archiviati, per disposizioni di Legge, verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche. Saranno trasmessi ai competenti uffici della Motorizzazione CRI, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti di competenza previsti dalla Legge.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza la Commissione Sanitaria CRI, se lo riterrà necessario, a chiedere ed esaminare copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre autorizza l'inserimento dei dati personali e riguardanti le proprie condizioni di salute emersi nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico legale che sarà esaminata dal personale autorizzato e vincolato all'obbligo del segreto d'Ufficio ad ogni richiesta di benefici di qualsiasi natura presentata a strutture del Servizio Sanitario pubblico.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Volontario \_\_\_\_\_