

SCUOLA SOTTUFFICIALI M.M.
LA MADDALENA

Servizio Sanitario

Notizie anamnestiche da compilare a cura dell'interessato

Il/La

sottoscritto/a, _____
(Grado, categoria, cognome e Nome)

nato/a a _____ () il ___/___/___

residente in _____ ()

Via/Piazza _____

C.F. _____ arruolato il: ___/___/___

Questionario sanitario per Nulla osta alla frequenza residenziale

Dalle ultime visite effettuate presso Struttura Sanitaria Militare sono emerse le seguenti patologie:

-Soffre di patologie dell'apparato cardio-circolatorio (es.: pressione alta; pregresso infarto; angina; aneurisma; aritmie)?
Se sì, indicare quali: _____

-Soffre o ha mai sofferto di patologie dell'apparato respiratorio (es.: pleurite; polmonite; asma; TBC)?
Se sì, indicare quali: _____

-Soffre di patologie endocrine (es.: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi, ecc.)?
Se sì, indicare quali: _____

-Soffre o ha mai sofferto di malattie neurologiche (es.: m. di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, sclerosi multipla, ecc.)?
Se sì, specificare quali: _____

-Soffre di epilessia o ha mai manifestato crisi epilettiche o convulsioni?
Se sì, specificare la data dell'ultimo episodio _____ e la terapia seguita _____

-Soffre o ha mai sofferto di *turbe o patologie psichiche* (es. ansia, depressione, allucinazioni, ecc.)?
Se sì, indicare quali: _____

-Soffre di patologie a carico del sistema gastrointestinale (es.: ernie, epatite, ulcera, coliti, emorroidi)?
Se sì, indicare quali: _____

-Soffre o ha mai sofferto di *malattie a carico dell'apparato locomotore* (Es.: fratture, lussazioni, strappi muscolari)? *Se sì, specificare quali:* _____

-Soffre di malattie del sangue o del sistema linfatico (Es.: anemia, anomalie dei globuli bianchi)?
Se sì, indicare quali: _____

	SI	NO
-Soffre di malattie dell'apparato uro-genitale (Es.: insufficienza renale cronica, calcolosi, malattie dei testicoli)? Se sì, indicare quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha mai sviluppato allergie (Es.: alimentari, farmacologiche)? Se sì, indicare quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha mai subito interventi chirurgici (Es.: tonsillectomia, appendicectomia, ernie, ecc.)? Se sì, specificare quali _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-È mai stato sottoposto ad accertamenti diagnostici particolari (Es.: endoscopie, ecografie, TC, RMN)? Se sì, per quale sospetto diagnostico? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Fa uso di occhiali e/o lenti a contatto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha subito interventi per la correzione di difetti del virus? Se sì, quale? Lasik <input type="checkbox"/> PRK <input type="checkbox"/> Lenti Intraoculari <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Fa uso abituale di farmaci? Se sì, indicare quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha accertamenti sanitari in corso o programmati in questa o un'altra struttura militare o civile? Se sì, indicare quali: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-È mai stato giudicato temporaneamente non idoneo o ricevuto provvedimento medico legale di destinazione a terra? Se sì, per quale infermità _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ha infermità/lesioni riconosciute, o in corso di valutazione, per la dipendenza da causa di servizio? Se sì, quale infermità/lesione _____ P.V. n° _____ in data _____ C.M.O. di _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consapevole delle sanzioni penali previste per il rilascio di dichiarazioni mendace e di falsità in atti, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole dei doveri di cui al libro IV, Titolo VIII, Capo I (doveri dei militari), Sezione I (doveri generali), del D.P.R. n° 90 del 15 marzo 2010 "Testo Unico delle disposizioni regolamentari in materia di Ordinamento Militare", con particolare riferimento all'art. 748, comma 5, lettera b. (dovere di comunicare al Comando/ente di appartenenza ogni evento personale che può avere riflessi sul servizio)

DICHIARO

Sotto la mia piena responsabilità che quanto sopra riportato risponde a verità e nego di essere a conoscenza di altre patologie pregresse o in atto, oltre a quelle dichiarate.

la Maddalena, li _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____
(grado) (cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

in relazione alle misure di contenimento della diffusione di COVID-19, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di non accusare, né aver accusato nei 14 giorni antecedenti la presentazione, sintomi correlabili all'infezione da SARS-CoV-2;
- di non avere avuto contatti stretti con soggetti positivi per SARS-CoV-2 nei 14 giorni precedenti;
- di non essere, allo stato attuale, oggetto di quarantena o di isolamento domiciliare fiduciario;
- di non essere, allo stato attuale, in attesa di esito di tampone oro-naso-faringeo.

Luogo e data _____

Firma _____

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE PER IL TAMPONE
NASO FARINGEO SARS-COV-2**

Il/la sottoscritto/a (Cognome) , .. (Nome)
(Grado) Ente di appartenenza
Nato/a a Prov. Il

Dichiaro quanto segue (barrare la casella di interesse):

Sono stato/a informato/a da , in modo chiaro, ed ho compreso le finalità, le modalità di esecuzione ed i rischi connessi alla procedura del test.

Ho letto e compreso quanto contenuto nella scheda informativa che mi è stata consegnata ed ho avuto la possibilità di discutere eventuali dubbi inerenti il test ed ho capito gli obiettivi ed i rischi associati ad esso.

SI NO

Acconsento all'utilizzo dei miei dati clinici ed epidemiologici.

SI NO

Acconsento ai sensi e per gli effetti del D.lgs 196/2003 come modificato dal D.lgs 10 agosto 2018, n. 101 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, al trattamento dei dati personali.

SI NO

Data

Firma del sanitario

Firma del paziente

TEST TAMPONE RAPIDO

Si certifica che il/la (Grado)

(Nome) (Cognome)

Nato a (prov) il

In servizio presso

Il giorno..... , ha eseguito il test attraverso tampone rapido naso faringeo:

NEGATIVO

POSITIVO

Data

Timbro e firma del medico

CF. (SAN) O. Marcello TUFANO