



## 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	Leishmaniosi



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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_