

Esame medico d' idoneità per pompieri

Modulo per il pompiere

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

NPA/Località _____

Telefono/cellulare _____

Data di nascita _____ Professione _____

Attività attuale _____

Data dell'ultimo esame medico per pompieri _____ Protezione della respirazione da _____

Servizio generale di pompieri da _____ Patente C/C1 sì no

Comando dei pompieri responsabile _____

Domanda/contrassegnare la casella corrispondente	no	sì	Ulteriori informazioni
In questo momento è sano/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La sua capacità lavorativa è limitata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha o ha mai avuto malattie, disturbi o problemi:			
al sistema respiratorio (asma, bronchite, polmonite, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
al cuore, al sistema circolatorio o ai vasi sanguigni (problemi in caso di massimo sforzo fisico, improvvise perdite di conoscenza, difetti cardiaci, palpitazioni, ipertensione, infarto cardiaco, insufficienza cardiaca, problemi circolatori, ictus, vene varicose, flebite, trombosi, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
al sistema nervoso (epilessia, capogiri, paralisi, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
alla psiche (claustrofobia/agorafobia, paura dell'altezza, attacchi di panico, depressione, tentato suicidio, psicosi, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
agli organi digestivi o addominali (calcoli renali, itterizia, malattie epatiche, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
al metabolismo o al sangue (iperlicemia, diabete, ipercolesterolemia, malattie della tiroide, anemia, disturbi della coagulazione, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
al sistema immunitario o di tipo infettivo (epatite, malattie tropicali, infezioni da HIV, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Domanda/contrassegnare la casella corrispondente	no	sì	Ulteriori informazioni
alla pelle (eczemi, allergie, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
all'apparato locomotore (colonna vertebrale, dischi intervertebrali, ossa, articolazioni, muscoli, tendini, artrosi, reumatismi, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
all'udito (ipoacusia, trauma acustico da rumore o esplosione, infiammazioni, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
agli occhi (deviazione dalla normale acutezza visiva, ipovisione, malattie della retina, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porta gli occhiali ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porta lenti a contatto ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre malattie, disturbi o problemi oltre a quelli a cui si riferivano le domande (malattie congenite, malformazioni, neoplasmi, tumori, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha subito incidenti, infortuni o avvelenamenti che hanno reso necessario un ricovero ospedaliero o un'operazione e/o delle cui conseguenze sta ancora soffrendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È stato/a esaminato/a, trattato/a o operato/a in ospedale o in altre strutture mediche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le sono stati prescritti o sono previsti riposo, diete, riabilitazioni o altre cure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Per le donne : È incinta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ci sono o ci sono stati nella sua famiglia (consanguinei, in particolare genitori, fratelli e sorelle) malattie cardiache o vascolari, infarti cardiaci prima dei 50 anni, interventi di bypass, ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, ictus, malattie ereditarie, altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assume regolarmente o occasionalmente medicamenti (in particolare antidolorifici, sonniferi o calmanti) e perché? Denominazione e dose esatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soffre di allergie (rinite allergica, asma, allergie alle punture d'insetto, medicinali, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lei fuma ? Quanto? Da quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beve alcol ? Quanto spesso? Quanto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fa o ha fatto uso di droghe ? Quali? Quanto spesso? Da quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pratica sport ? Quale? Quante volte a settimana? Per quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presta o ha prestato servizio militare, servizio di protezione civile o servizio civile ? Se no, perché?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qual è la sua altezza? (in cm)			
Qual è il suo peso? (in kg)			

Nome ed indirizzo del suo medico di base o del suo medico curante

Dichiaro di aver risposto alle domande in maniera veritiera e completa. Autorizzo il medico dei pompieri a reperire presso il mio medico di base o medico curante informazioni mediche necessarie per la valutazione dell'idoneità al servizio di pompieri.

Luogo, data

Firma