

**DOCUMENTO MEDICO**  
**PARTE INTEGRANTE DELLA DOMANDA D' AMMISSIONE**  
**AL CORPO MILITI VOLONTARI DELL' ASSISTENZA PUBBLICA LANGHIRANO ONLUS**

**(Da compilarsi a cura del medico curante e ritornare all' Assistenza Pubblica Langhirano O.N.L.U.S. IN BUSTA CHIUSA)**

**NOTIZIE GENERALI**

NOME E COGNOME. \_\_\_\_\_ Altezza cm. \_\_\_\_\_ Peso kg. \_\_\_\_\_

Età. \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

**NOTIZIE SUL SUO STATO DI SALUTE**

Ha mai sofferto di (Se si indicare quando: l'anno, gli anni, o tuttora e Specificare la malattia):

ALLERGIA: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Se sì, a quale/i sostanza/e (es: alimenti, farmaci, cerotti, lattice, pollini ecc.) e con che tipo di reazione?

Quali: \_\_\_\_\_

MALATTIE CARDIACHE: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

(Es: soffi, aritmie, angina, infarto, malformazioni ecc.)

Quali: \_\_\_\_\_

IPERTENSIONE ARTERIOSA: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

EMBOLIA POLMONARE: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

MALATTIE RESPIRATORIE: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

(es: asma, enfisema, bronchiti ricorrenti, tubercolosi ecc.)

Quali: \_\_\_\_\_

MALATTIE DEL TUBO DIGERENTE: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

(es: reflusso gastro-esofageo, esofagite, gastrite, ulcera, colite, epatite, literizia, cirrosi, ernia, ernia Jatale ecc)

Quali: \_\_\_\_\_

MALATTIE URINARIE: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

(es: malformazioni, nefriti, infezioni, calcoli ecc)

MALATTIE ORMONALI: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

(es: anemia, iper/ipotiroidismo, insufficienza surrenalica ecc)

MALATTIE DEL SANGUE: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

(es: anemia falciforme, favismo, linfoma, leucemia, malattie coagulazione ecc)

Quali: \_\_\_\_\_

MALATTIE NEUROLOGICHE: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

(es: convulsioni, perdita di coscienza, paralisi, emorragia cerebrale, ischemia cerebrale, ictus ecc)

Quali: \_\_\_\_\_

MALATTIE PSICHICHE: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

(es: depressione, stati d'ansia ecc)

Quali: \_\_\_\_\_

SINDROME DA DEPRESSIONE IMMUNITARIA ACQUISITA: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

DIFETTI FISICI ACQUISITI O CONGENITI: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

ALTRE MALATTIE NON ELENcate: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Quali: \_\_\_\_\_

ASSUME ABITUALMENTE MEDICINE: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO  
(se si quali, indicare quelle assunte negli ultimi 6 mesi)

Quali: \_\_\_\_\_

HA MAI FATTO USO DI SOSTANZA STUPEFACENTI O DI ALTRE DROGHE? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

**FIRME**

ASPIRANTE MILITE \_\_\_\_\_

MEDICO CURANTE(firma leggibile + timbro) \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

NEL CASO IN CUI INSORGESSERO EVENTUALI ALTRE PATOLOGIE E' **D'OBBLIGO** DA PARTE DEL MILITE VOLONTARIO, RICHIEDERE ALL' ASSOCIAZIONE ULTERIORE SCHEDA DA FAR COMPILARE DAL PROPRIO MEDICO CURANTE E RICONSEGNARLA ALL' ASSOCIAZIONE.

IN CASO CONTRARIO LA RESPONSABILITA' RICADE ESCLUSIVAMENTE SUL MILITE VOLONTARIO.

.....  
Parere Direttore sanitario Assistenza Pubblica Langhirano O.N.L.U.S.

IDONEO: SI NO

DATA: \_\_\_\_\_

SI RICHIEDE VISITA MEDICA: SI NO

TIMBRO E FIRMA

\_\_\_\_\_