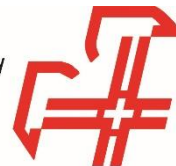


Esame medico d'idoneità per pompieri

Questionario per il/la milite

Schweizerischer Feuerwehrverband
Fédération suisse des sapeurs-pompiers
Federazione svizzera dei pompieri
Federaziun svizra dals pumpiers



Cognome	Nome	Data di nascita
Indirizzo	Località	
Tel./cellulare	Professione	

Attività professionale attuale

Data dell'ultimo esame medico per il servizio pompieristico

Portatore-trice prot. resp. da

Incorporato-a da Patente C/C1 Sì No

Comando corpo pompieri competente

Domanda (mettere una crocetta)	No	Sì	Precisazioni
È attualmente in buona salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La sua capacità lavorativa è ridotta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soffre o ha sofferto di malattie, di dolori, di disturbi degli organi della respirazione (asma, bronchite, polmonite, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
del cuore, della circolazione sanguigna o dei vasi sanguigni (problemi durante importanti sforzi fisici, perdita di conoscenza improvvisa, malformazione cardiaca, palpitazioni cardiache, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, disturbi della circolazione sanguigna, attacchi cerebrali, varici, flebiti, trombosi, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
del sistema nervoso (epilessia, vertigini, paralisi, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
della psiche (claustrofobia, paura del vuoto, attacchi di panico, depressioni, tentativi di suicidio, psicosi, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
degli organi digestivi o addominali (calcoli renali, itterizia, malattie del fegato, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
del metabolismo o del sangue (valori glicemici troppo alti, diabete, colesterolo troppo alto, malattie della tiroide, problemi di coagulazione del sangue, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
del sistema immunitario o di malattie infettive (epatite, malattie tropicali, infezioni da SIDA, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
della pelle (eczema, allergie, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dell'apparato locomotore (colonna vertebrale, dischi intervertebrali, ossa, articolazioni, muscoli, tendini, artrosi, reumatismi, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dell'udito (sordità, traumatismo causato da una detonazione o da rumore, infiammazioni, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Domanda (mettere una crocetta)	No	Sì	Precisazioni
degli occhi (problemi d'acuità visiva, visione da lontano o da vicino, malattie della retina, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porta degli occhiali ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porta delle lenti a contatto ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre malattie, disturbi o mali non sopracitati (infermità congenite, malformazioni, tumori, cancro, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È stato vittima di incidenti, ferite o intossicazioni che hanno reso necessaria un'ospedalizzazione o un'operazione e/o di cui subisce i postumi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È stato esaminato-a, curato-a o operato-a in un ospedale o un altro stabilimento di cura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le sono state prescritte delle cure di riposo, di disintossicazione, una dieta o altro o tali cure sono previste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Per le donne : è incinta o prevede una gravidanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È stata diagnosticata nella sua famiglia (parenti consanguinei, in particolare i genitori o i fratelli e le sorelle) una delle seguenti malattie: malattie cardiache o dei vasi sanguigni, infarto del miocardio prima dei 50 anni, operazioni di bypass, ipertensione arteriosa, colesterolo troppo alto, diabete, attacco cerebrale, malattie congenite, altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prende regolarmente o occasionalmente dei medicinali (in particolare degli analgesici, sonniferi o calmanti) Se sì, perché? Indichi il nome esatto del medicinale e il dosaggio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soffre di allergie (raffreddore da fieno, asma, allergie alle punture d'insetti, ai medicinali, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fuma ? Quanto? Da quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beve alcol ? Con quale frequenza? Quale quantità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consuma o ha consumato droghe ? Quali? Con quale frequenza? Da quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pratica dello sport ? Quale(i)? Quante volte per settimana? Da quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha prestato o presta servizio nell'esercito o nella protezione civile ? Se non è il caso, perché?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quanto è alto (cm)?			
Qual'è il suo peso (kg)?			

Nome e indirizzo del suo medico di famiglia o del medico curante _____

Dichiaro con la presente di aver risposto alle domande in modo integrale e conforme alla verità. Autorizzo il medico di fiducia dei pompieri a richiedere presso il mio medico di famiglia o il medico curante le informazioni necessarie per la valutazione della mia idoneità al servizio pompieristico.

Luogo, data

Firma