

# Esame medico d'idoneità per pompieri

Questionario per il milite

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



Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_

Telefono/cellulare: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

Attività professionale attuale: \_\_\_\_\_

Data dell'ultimo esame medico per il servizio pompieristico: \_\_\_\_\_ Portatore prot. resp. da: \_\_\_\_\_

Incorporato da: \_\_\_\_\_ Patente C/C1:  sì  no

Comando corpo pompieri competente: \_\_\_\_\_

Domanda (mettere una crocetta)	no	sì	Precisazioni
<b>È attualmente in buona salute?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La sua capacità lavorativa è ridotta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Soffre o ha sofferto di malattie, di dolori, di disturbi degli organi della respirazione</b> (asma, bronchite, polmonite, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>del cuore, della circolazione sanguigna o dei vasi sanguigni</b> (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"/>	
<b>del sistema nervoso</b> (epilessia, vertigini, paralisi, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>della psiche</b> (claustrofobia, paura del vuoto, attacchi di panico, depressioni, tentativi di suicidio, psichosi, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>degli organi digestivi o addominali</b> (calcoli renali, itterizia, malattie del fegato, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>del metabolismo o del sangue</b> (valori glicemici troppo alti, diabete, colesterolo troppo alto, malattie della tiroide, problemi di coagulazione del sangue, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>del sistema immunitario o di malattie infettive</b> (epatite, malattie tropicali, infezioni da SIDA, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>della pelle</b> (eczema, allergie, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>dell'apparato locomotore</b> (colonna vertebrale, dischi intervertebrali, ossa, articolazioni, muscoli, tendini, artrosi, reumatismi, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	no	sì	Precisazioni
<b>dell'udito</b> (sordità, traumatismo causato da una detonazione o da rumore, infiammazioni, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>degli occhi</b> (problemi d'acuità visiva, visione da lontano o da vicino, malattie della retina, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porta degli <b>occhiali</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porta delle <b>lenti a contatto</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Altre malattie, disturbi o mali</b> non sopracitati (infermità congenite, malformazioni, tumori, cancro, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È stato vittima di <b>incidenti, ferite o intossicazioni</b> che hanno reso necessaria un'ospedalizzazione o un'operazione e/o di cui subisce i postumi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È stato <b>esaminato, curato od operato</b> 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 <b>o altro</b> o tali cure sono previste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Per le <b>donne</b> : è incinta o prevede una gravidanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È stata diagnosticata nella sua <b>famiglia</b> (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 od occasionalmente <b>dei medicinali</b> (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 <b>allergie</b> (raffreddore da fieno, asma, allergie alle punture d'insetti, ai medicinali, altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Fuma?</b> Quanto? Da quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beve <b>alcol</b> ? Con quale frequenza? Quale quantità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consuma o ha consumato <b>droghe</b> ? Quali? Con quale frequenza? Da quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pratica dello <b>sport</b> ? 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: