

DATA, ...../...../.....

CONDIZIONI SOGGETTIVE DI FRAGILITA' SANITARIA IN CORSO DI EPIDEMIA DA CORONAVIRUS  
COVID 19  
QUESTIONARIO PER LA RACCOLTA DI DATI CLINICI E SINTOMATOLOGICI AGGIORNATI

COGNOME E NOME		
LUOGO NASCITA		
DATA NASCITA		CODICE FISCALE
CELLULARE		MAIL
AZIENDA		
MANSIONE		

RISPONDERE BARRANDO SI O NO ALLA RISPOSTA INTERESSATA

1. E' nato prematuro? **SI NO**  
Se sì, a quale settimana? ..... Ha avuto degli esiti clinici legati alla prematurità? **SI NO**  
Quali? .....
2. E' cresciuto e sviluppato regolarmente? **SI NO**  
Se no, per quale motivo? .....
3. Mangia normalmente? **SI NO**  
Se no, per quale motivo? .....
4. Digerisce bene? **SI NO**  
Se no, per quale motivo? .....
5. Va in bagno regolarmente? **SI NO**  
Se no, per quale motivo? .....
6. Ha disturbi a urinare? **SI NO**  
Se sì, per quale motivo? .....
7. Dorme bene? **SI NO**  
Se no, per quale motivo? .....
8. Assume medicinali con regolarità? **SI NO**  
Se sì, per quale motivo? .....
- Quali? .....
9. E' fumatore? **SI NO**  
Se sì, quante sigarette fuma al giorno? .....
10. Beve alcoolici o superalcoolici? **SI NO**  
Se sì, quanto beve al giorno o nel fine settimana? .....
11. Pratica attività sportiva regolarmente? **SI NO**  
Se sì quale sport pratica? .....

Solo per le DONNE:		
Assume la pillola anticoncezionale?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Se sì, quale? .....		
E' in gravidanza ora?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
E' in menopausa?	<b>SI</b>	<b>NO</b>

**12. E' TITOLARE DI INVALIDITA' CIVILE O ALTRA INVALIDITA'?** **SI** **NO**

Se sì, per quale motivo? .....

**13.E' PORTATORE DI MALATTIE DEL CUORE O DEL SISTEMA CIRCOLATORIO?** **SI** **NO**

Se sì, quali .....

**14.E' PORTATORE DI MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO O CUTANEO?** **SI** **NO**

Se sì, quali .....

**14bis. Ha mai avuto disturbi respiratori durante le attività lavorative?** **SI** **NO**

Se sì, quando ed in che occasione? .....

**\* E' allergico?** **SI** **NO**

Se sì, è allergico a quali sostanze? .....

**\* E' allergico a cibi o bevande?** **SI** **NO**

Se sì, quali? .....

**\* E' allergico ai medicinali o ai vaccini?** **SI** **NO**

Se sì, quali? .....

**\* E' allergico alle punture di insetti, a cosmetici, profumi o metalli?** **SI** **NO**

Se sì, quali? .....

**\* Nella sua famiglia di origine ci sono familiari allergici? (genitori, fratelli, nonni)** **SI** **NO**

Se sì, quali? .....

Se sì, a cosa sono allergici? .....

**\* Se è allergico, soffre di congiuntivite e/o rinite?** **SI** **NO**

Se sì ogni quanto tempo ha questi sintomi? .....

**\* Se è allergico, soffre di asma?** **SI** **NO**

Se sì, ogni quanto tempo ha crisi asmatiche?.....

**15.E' PORTATORE DI MALATTIE DELLA PELLE, in particolare dermatiti?** **SI** **NO**

Se sì, quali, quando ed in che occasione?.....

**\* Ha mai avuto disturbi alla pelle durante le attività lavorative?** **SI** **NO**

Se sì, quando ed in che occasione? .....

**\* Ha mai avuto disturbi cutanei durante altre attività lavorative svolte?** **SI** **NO**

Se sì, quando ed in che occasione? .....

**\* Ha mai avuto crisi ripetute di prurito localizzato e diffuso?** **SI** **NO**

Se sì, quando ed in che occasione? .....

**\* Ha mai avuto episodi diagnosticati da un medico come orticaria?** **SI** **NO**

Se sì, quando ed in che occasione? .....

**\*Se sì, ha mai avuto episodi di orticaria durante l'attività lavorativa?** **SI** **NO**

Se sì, quando ed in che occasione? .....

**\*Se sì, ha mai avuto episodi di orticaria durante altre attività lavorative svolte?** **SI** **NO**

Se sì, quando ed in che occasione? .....

**16. HA AVUTO PROBLEMI CON L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (AD ES. GUANTI O MASCHERINE)?** **SI** **NO**

Se sì, quando ed in che occasione? .....

**17. E' PORTATORE DI MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO? SI NO**

Se sì, quali .....

\*. Ha mai avuto fratture o traumi importanti?

SI NO

Se sì, indichi dove:

<input type="checkbox"/>	<b>Arti superiori:</b>		<b>DESTRO</b>	<b>SINISTRO</b>
	<input type="checkbox"/>	clavicola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	coste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	spalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	omero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	gomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ulna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	polso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<b>Arti inferiori</b>		<b>DESTRO</b>	<b>SINISTRO</b>
	<input type="checkbox"/>	femore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ginocchio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	tibia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	perone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	caviglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	piede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vertebre** **SI NO**  
quali.....

**bacino** **SI NO**

**ha subito colpi di frusta?** **SI NO**

Se ha risposto SI alla domanda precedente, descriva in che circostanza ha subito il trauma:

incidente stradale     auto     moto

incidente sportivo

incidente sul lavoro

altro.....

**17 BIS. Ha degli esiti attuali di questi traumi? SI NO**

Se sì, quali: .....

**18. Sa di avere un'ernia discale (ernia alla colonna vertebrale)? SI NO**

sospetto diagnostico     diagnosi certa     pregresso intervento    **SI NO**

**18BIS. Ha mai avuto mal di schiena da rimanere bloccato per almeno 3 giorni? SI NO**

n. totale episodi .....    anno di comparsa primo episodio .....

n. episodi negli ultimi 12 mesi    tipo  lombalgia     lombo sciatgalgia

19. Ha mai avuto mal di schiena negli ultimi dodici mesi?

SI NO

**Tratto cervicale**

- Fastidio senso di peso stanchezza rigidità:
- Dolore
- Pressoché tutti i giorni
- Episodi (alcuni periodi dell'anno)  
Quanti episodi nell'ultimo anno  
Quanti giorni durano

**Tratto dorsale**

- Fastidio senso di peso stanchezza rigidità
- Dolore
- Pressoché tutti i giorni
- Episodi (alcuni periodi dell'anno)  
Quanti episodi nell'ultimo anno  
Quanti giorni durano

**Tratto lombo sacrale**

- Fastidio senso di peso stanchezza rigidità:
- Dolore
- Episodi (alcuni periodi dell'anno)  
Quanti episodi nell'ultimo anno  
Quanti giorni durano

**20.E' PORTATORE DI PATOLOGIE ONCOLOGICHE (TUMORALI)?**

SI NO

Se sì, quali e quando le sono state diagnosticate?

.....  
.....

Assume farmaci per malattie oncologiche? Quali? SI NO

**21.E' PORTATORE DI PATOLOGIE EMATOLOGICHE (DEL SANGUE)?**

SI NO

Se sì, quali e quando le sono state diagnosticate?

.....  
.....

Assume farmaci per malattie ematologiche? Quali? SI NO

**22.E' PORTATORE DI MALATTIE NEUROLOGICHE O DEGENERATIVE?**

SI NO

Se sì, quali .....

Assume farmaci per tali patologie? Quali? SI NO

**23.E' PORTATORE DI DIABETE?**

SI NO

Se sì, da quanto tempo, indichi se di tipo 1 o tipo 2 e quale terapia assume

.....  
.....

**24.E' PORTATORE DI MALATTIE METABOLICHE (QUALI DISTURBI DELLA TIROIDE, DELLE GHIANDOLE O MALATTIE INFETTIVE)?**

SI NO

Se sì, quali .....

Assume farmaci per tali patologie? Quali? SI NO

**25.E' PORTATORE DI MALATTIE RENALI?**

SI NO

Se sì, quali .....

Assume farmaci per tali patologie ? Quali? SI NO

.....  
.....

**26.E' PORTATORE DI MALATTIE DEL FEGATO, DEL PANCREAS O DEGLI ORGANI ADDOMINALI?** **SI NO**

Se sì, per quale patologia.....

Assume farmaci per tali patologie? Quali? **SI NO**

.....

**27.E' STATO SOTTOPOSTO A TRAPIANTO DI ORGANO?** **SI NO**

Se sì, per quali organi e per quale patologia.....

Assume farmaci antirigetto? Quali? **SI NO**

.....

**28.E' PORTATORE DI PATOLOGIE AUTOIMMUNI?** **SI NO**

Se sì, per quale patologia.....

Assume farmaci per tali patologie? Quali? **SI NO**

.....

**29. E' PORTATORE DI MALATTIE INFETTIVE O DEL SISTEMA IMMUNITARIO, ANCHE LEGATO A TERAPIA CORTISONICA O IMMUNOSOPPRESSIVA?** **SI NO**

Se sì, per quale patologia.....

Assume farmaci per tali patologie? Quali? **SI NO**

.....

**30.RITIENE DI AVER CONTRATTO PATOLOGIA DA CORONAVIRUS COVID 19?** **SI NO**

Se sì, indichi i sintomi accusati:

febbre     tosse     polmonite     anosmia (perdita odorato)     ageusia (perdita gusto)

polmonite     dolori muscolari     dolori articolari     astenia (stanchezza generalizzata)

disturbi gastro- intestinali (diarrea)     senso di costrizione toracica     altro.....

**30BIS HA ESEGUITO TAMPONE NASO FARINGEO PER SARS COV-2?** **SI NO**

Se sì, indichi se  POSITIVO     NEGATIVO     NEGATIVO DOPO DOPPIO TAMPONE

#### DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto.....

(cognome nome)

Informato che il presente questionario verrà utilizzato dal medico competente ai fini di una possibile rivalutazione della propria idoneità lavorativa alla mansione specifica in contesto Covid, o comunque in relazione alla epidemia da Coronavirus del territorio in cui abito, in considerazione di quanto da me sopra dichiarato, corrispondente a verità, **(barrare la risposta che interessa)**

RICHIEDO VISITA STRAORDINARIA ai sensi dell'art.41, c.1 lett b) e c.2 lett.c) D.LGs. 81/08 finalizzata alla rivalutazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica

NON RICHIEDO VISITA STRAORDINARIA ai sensi dell'art.41, c.1 lett b) e c.2 lett.c) D.LGs. 81/08 finalizzata alla rivalutazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica

*In fede*

*firma del Lavoratore leggibile*

.....