

## Certificato medico d'idoneità per il servizio su navi svizzere d'alto mare

### Questionario medico

Cognome e nome: ..... Data di nascita: .....

Datore di lavoro ..... Attività: .....

Tipo di nave (p. es. container, nave cisterna, nave passeggeri): .....

Luogo d'impiego (p. es. costa, tropici, in tutto il mondo): .....

Ultimo controllo di un medico di bordo: ..... Presso quale medico? .....

È mai stato considerato inabile al lavoro a bordo di una nave?  no  sì

Se sì, quando? ..... Medico che ha effettuato la visita: ..... Motivo: .....

Le è mai stato rilasciato un certificato medico d'inabilità parziale?  no  sì

Se sì, quando? ..... Medico che ha effettuato la visita: ..... Motivo: .....

Dall'ultimo controllo del medico di bordo è stato vaccinato?  no  sì

Se sì, indicare i dettagli (vaccino ecc.): .....

**!!! Osservazione: per il controllo occorre portare con sé il certificato di vaccinazione!!!**

#### Storia di famiglia

Vi preghiamo gentilmente di indicare se un membro de vostra famiglia immediati (genitori, nonni, zii e zie, fratello e sorella) ha sofferto o soffre dalle seguenti malattie:

ipertensione	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, chi?
diabete mellito	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, chi?
ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, chi?
infarto	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, chi?
ictus	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, chi?
tumore	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, chi? di che tipo?
epilessia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, chi?
allergie	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, chi? di che tipo?
altro	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, chi? di che tipo?

#### Stato di salute attuale

Soffre di disturbi alla salute attualmente?  no  sì

Se sì, quali?

È in cura da un medico, psicoterapeuta ecc.?  no  sì

Se sì, perché?

Indossi gli occhiali o lenti a contatto?  no  sì

Pratica uno sport?  no  sì: Quale? .....

Fuma?  no  sì Se sì, da quando? ..... Quanto? .....  
 no (ho smesso) Da quanti anni e quanto di che cosa? .....

Beve alcool?  no  sì Se sì, genere, quantità e frequenza .....

Assume stupefacenti?  no  sì Se sì, genere, quantità e frequenza .....

Indicare tutti i medicinali attualmente assunti («pillola» inclusa):

Donne: è incinta?  no  sì

Altezza e peso? .....cm ..... kg

### Anamnesi personale

Si prega di indicare se **e**, in caso affermativo, **quando** si ha avuto...

... **malattie gravi** (p. es. infarto, cancro),

... **operazioni** (p. es. tonsille, appendicite, ernia inguinale, disco intervertebrale, occhi) o

... **infortuni o ferite** (p. es. fratture, rottura dei legamenti) .

.....

.....

.....

### Anamnesi sistemica

#### Soffre o ha sofferto di una delle seguenti malattie?

Se sì, sottolineare ciò che interessa.

Epilessia, vertigini, mancamenti, disturbi di memoria, mal di testa cronici, emicranie, paralisi, alterazioni dell'equilibrio ecc.	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Disturbi cardiaci, difetti cardiaci, infarto, aritmie cardiache, ipotensione o ipertensione, collassi, malattie vascolari, disturbi venosi ecc.	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Asma bronchiale, bronchite cronica, polmonite o pleurite, tubercolosi ecc.	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Disturbi stomaco-intestinali (p. es. infiammazioni/ulcere, morbo di Crohn), calcoli biliari, malattie del fegato, infezione al pancreas, emorroidi, fistole intestinali ecc.	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Disturbi del metabolismo (p.es. diabete mellito, eccesso di lipidi, gotta, disturbi della tiroide ecc.)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Disturbi psichici, acrofobia, claustrofobia, depressioni, tentativi di suicidio, dipendenze, disintossicazione da alcool, droghe o abuso di medicinali	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Disturbi del sonno, russare, apnea notturna	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Disturbi alle orecchie (p. es. disturbi uditivi, tinnito), disturbi agli occhi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Malattie del sangue (p. es. anemia ecc.), disturbi di coagulazione, gonfiore delle ghiandole linfatiche	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Problemi alla colonna vertebrale (p. es. malattie del disco, lombaggine ecc.)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Malattie delle ossa, delle articolazioni (p. es. artrosi, reumatismo ecc.) o dei muscoli	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Malattie renali (p. es. cisti, infiammazioni, calcoli ecc.)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Allergie (p. es. contro i pollini, i peli di animali, gli insetti, gli alimenti, i medicinali ecc.) o malattie della pelle (p. es. eczemi, psoriasi ecc.)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Malattie infettive degli intestini (p. es. salmonellosi, shigella, ameba, giardia lamblia), malattie delle vie urinarie o veneree	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì

È stato dichiarato inabile al servizio militare?

no  sì

Se sì, perché? .....

**Dichiaro di aver compilato con cura le indicazioni summenzionate senza occultare informazioni importanti o senza fornire false indicazioni.**

**Autorizzo inoltre il mio medico curante a fornire informazioni e/o a trasmettere documentazione medica all'organo competente per la valutazione medica.**

Luogo, data:

Firma: