



Data,/...../.....

QUESTIONARIO PER LA RACCOLTA DI DATI CLINICI E SINTOMATOLOGICI
(DA COMPILARE IN MODO ACCURATO E IN STAMPATELLO)

Cognome Nome

Nato a Data nascita/...../.....

Cellulare Corso di

Anno di Corso Sezione

RISPONDERE BARRANDO SÌ O NO ALLA RISPOSTA INTERESSATA

1	E' nato prematuro?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: a quale settimana?_____ Ha avuto conseguenze cliniche legate alla prematurità?_____
2	E' cresciuto e si è sviluppato regolarmente?	sì <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> no: per quale motivo?_____
3	Mangia normalmente?	sì <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> no: per quale motivo?_____
4	Digerisce bene?	sì <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> no: per quale motivo?_____
5	Va in bagno regolarmente?	sì <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> no: per quale motivo?_____
6	Ha disturbi ad urinare?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: per quale motivo?_____
7	Dorme bene?	sì <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> no: per quale motivo?_____
8	Assume medicinali con regolarità?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: per quale motivo?_____ Quali medicinali?_____
9	E' fumatore?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: quante sigarette al giorno?_____
10	Beve alcolici o superalcolici?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: quanto beve al giorno o nei fine settimana?_____





11	Pratica attività sportiva regolarmente?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: quali sport pratica? _____
12	E' titolare di invalidità civile o di altre invalidità?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: per quale motivo? _____
13	Ha avuto problemi di cuore, del sangue o altre malattie importanti?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: quali? _____ Sono ancora presenti? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

APPARATO RESPIRATORIO E CUTANEO

14	E' allergico?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: a quali sostanze? _____
15	E' allergico a cibi o bevande?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: quali? _____
16	E' allergico a medicinali o vaccini?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: quali? _____
17	E' allergico alle punture di insetti, a cosmetici, profumi metalli?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: quali? _____
18	Nella sua famiglia di origine ci sono familiari allergici? (genitori, fratelli)	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: a cosa sono allergici? _____
19	Se è allergico, soffre di congiuntivite e/o rinite o disturbi allergici della pelle?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: ogni quanto tempo ha questi sintomi? _____
20	Se è allergico, soffre di asma?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: ogni quanto tempo ha crisi asmatiche? _____
21	Ha avuto malattie della pelle?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: in quali occasioni? _____
22	Soffre o ha sofferto di dermatiti allergiche?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: in quali occasioni? _____
23	Ha avuto disturbi della pelle durante le attività svolte a scuola o in tirocinio?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: in quali occasioni? _____
24	Ha avuto disturbi respiratori durante le attività svolte a scuola o in tirocinio?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: in quali occasioni? _____
25	Ha mai avuto crisi ripetute di prurito localizzato o diffuso?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: in quali occasioni? _____





26	Ha mai avuto episodi diagnosticati da un medico come orticaria?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: in quali occasioni? _____ <input type="checkbox"/> durante la scuola o il tirocinio? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no _____
27	Ha avuto problemi con l'uso dei dispositivi di protezione individuale (ad es. guanti o mascherine)?	no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì: in quali occasioni? _____ _____

APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO

28. Ha mai avuto fratture o traumi importanti? no / sì : se sì, dove?.....

<u>Arti</u>	DESTRO	SINISTRO		DESTRO	SINISTRO
<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"/>			

<u>Arti inferiori:</u>	DESTRO	SINISTRO		DESTRO	SINISTRO
<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 no sì:
quali.....

Ha avuto colpi di frusta? no sì

Bacino sì no

In che circostanza ha subito il/i trauma/i indicato/i sopra?:

- incidente stradale (auto moto)
- incidente sportivo incidente sul lavoro
-

altro.....

Ha delle conseguenze attuali di questi traumi? no sì: quali? _____

29	Sa di avere un'ernia discale (ernia alla colonna vertebrale)?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì: <input type="checkbox"/> sospetto diagnostico <input type="checkbox"/> diagnosi certa <input type="checkbox"/> pregresso intervento
----	---	-----------------------------	--





30	Ha mai avuto mal di schiena da rimanere bloccato per almeno 3 giorni?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì: quante volte? _____ In che anno è comparso il primo episodio? _____ Quanti episodi ha avuto negli ultimi 12 mesi? _____ Di che tipo? <input type="checkbox"/> lombalgia <input type="checkbox"/> lombo sciatralgia
31	Ha mai avuto mal di schiena negli ultimi dodici mesi? (esclusi gli episodi visti alla domanda precedente)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì: <u>Dove:</u> Tratto cervicale <input type="checkbox"/> Tratto dorsale <input type="checkbox"/> Tratto lombo sacrale <u>di che tipo:</u> <input type="checkbox"/> fastidio senso di peso/stanchezza/rigidità <input type="checkbox"/> dolore <u>Quando:</u> <input type="checkbox"/> pressoché tutti i giorni
32	Ha mai avuto disturbi di rilievo alla spalla negli ultimi dodici mesi?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì: <input type="checkbox"/> a destra <input type="checkbox"/> a sinistra Per quale motivo? _____
33	Ha mai avuto disturbi di rilievo al gomito negli ultimi dodici mesi?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì: <input type="checkbox"/> a destra <input type="checkbox"/> a sinistra Per quale motivo? _____
	Ha mai avuto disturbi di rilievo al polso negli ultimi dodici mesi?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì: <input type="checkbox"/> a destra <input type="checkbox"/> a sinistra Per quale motivo? _____
34	E' destro o mancino?		<input type="checkbox"/> destrimane <input type="checkbox"/> mancino

APPARATO VISIVO

35. Porta occhiali o lenti a contatto? no / sì: per miopia astigmatismo ipermetropia

36. Accusa questi disturbi?

Fastidio alla luce no sì Visione sfuocata no sì

Visione sdoppiata no sì Lacrimazione no sì

Brucciore oculare no sì Prurito oculare no sì

Secchezza oculare no sì Senso di peso o dolore oculare no sì

Se sì, con quale frequenza? < 3 volte/settimana > 3/volte settimana

Soffre di questi disturbi lavorando al computer? no sì

37. E' affetto da queste malattie degli occhi?

Congiuntiviti no sì Cheratiti no sì Strabismo no sì Glaucoma no sì

Cheratocono no sì Cataratta no sì Uveiti no sì

38. Ha avuto traumi oculari? no sì: di che tipo?





Solo per le ragazze:

A quanti anni ha avuto le prime
mestruazioni?.....

I cicli sono regolari? no sì

Assume la pillola anticoncezionale? no / sì: quale?

Ha avuto gravidanze o aborti? no / sì: quando?

E' in gravidanza ora? no / sì: a quale settimana?.....

.....

Firma dello Studente

.....

Firma del Genitore/Tutore la patria potestà

