

Rif. Ente Finanziatore \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**RAPPORTO DI VISITA MEDICA da inviare alla Direzione di Afi Esca, Via Vittor Pisani 5, 20124 Milano**

ESEGUITO DAL MEDICO DI BASE, DOTTOR. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

ASSICURANDO \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DOC. IDENTITÀ \_\_\_\_\_

**PARTE I: DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO DI BASE**

1. ANAMNESI FAMILIARE NO SI PRECISAZIONI  
 Nei parenti consanguinei vi sono stati casi di patologie a carico dell'apparato cardiocircolatorio, del sistema neurologico, casi di diabete e neoplasie?   \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. È stato sottoposto ad accertamenti diagnostici negli ultimi 5 anni? NO SI NELLA NORMA?  
NO SI PERCHÈ E CON QUALE RISULTATO  
  elettrocardiogramma   \_\_\_\_\_  
radiografie   \_\_\_\_\_  
elettroencefalogramma   \_\_\_\_\_  
esami del sangue   \_\_\_\_\_  
esami dell'urina   \_\_\_\_\_  
test HIV   \_\_\_\_\_  
markers HBV, HCV   \_\_\_\_\_  
altri   \_\_\_\_\_

3. È mai stato ricoverato in Case di Cura, Ospedali, ecc., per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia, ernia inguinale? NO SI diagnosi alla dimissione  
  luogo del ricovero \_\_\_\_\_  
data del ricovero \_\_\_\_\_  
durata del ricovero \_\_\_\_\_

4. È stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivati? NO SI QUANDO? PER QUALE MOTIVO?  
  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. È stato sottoposto a terapia radiante o chemioterapica? NO SI ANNO TIPO E DURATA PRECISAZIONI  
  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali? NO SI QUALI?  
  della vista  \_\_\_\_\_  
dell'udito  \_\_\_\_\_  
degli arti  \_\_\_\_\_  
altri  \_\_\_\_\_

7. Ha subito traumi o lesioni accidentali? NO SI QUALI E QUANDO?  
  del cranio  \_\_\_\_\_  
degli organi di senso  \_\_\_\_\_  
degli arti  \_\_\_\_\_  
di altre localizzazioni  \_\_\_\_\_

8. Fa uso di alcolici o di tabacco? NO SI QUANTO? DA QUANDO?  
  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9. Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe)? NO SI QUALI? QUANDO? PER QUANTO TEMPO?  
  \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	per infortuni sul lavoro per malattie professionali per cause di servizio altre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ANNO _____ _____ _____	INFERMITÀ _____ _____ _____	PRECISAZIONI _____ _____ _____
11. È stato riformato alla visita per il servizio militare?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	motivo _____				
12. Ha sofferto recentemente, o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudori notturni, perdite di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	specificare sintomi e durata _____				
13. Ha sofferto o soffre di malattie:	NO	SI			ANNO	DURATA	PRECISAZIONI
■ dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asma bronchite enfisema pleurite tbc tumori altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
■ dell'apparato cardiocircolatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	infarto angina pectoris ipertensione valvopatie arteriopatie varici degli arti inferiori altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
■ dell'apparato digerente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gastro-duodenite ulcera gastroduodenale colite ulcerosa epatite HCV-HBV cirrosi epatica calcolosi biliare tumori altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
■ dell'apparato uro-genitale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nefrite calcolosi tumori altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
■ dell'apparato osteo-articolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	artrite artrosi tumori altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
■ del sistema nervoso o della psiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilessia nevrosi paralisi - plegie tumori altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
■ del sistema endocrino-metabolico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabete mellito dislipidemie alterazioni - della tiroide - del surrene altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> insulino dipendente <input type="checkbox"/> non insulino dipendente <input type="checkbox"/> ipo <input type="checkbox"/> iper <input type="checkbox"/> cisti
■ del sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anemia leucemia altre malattie o disturbi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

14. Per le donne

	NO	SI	
a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quali? _____
b) è incinta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mese di gravidanza _____
c) ha malattie delle mammelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quali? _____

15. Eventuali altre comunicazioni, in particolare se è previsto un ricovero ospedaliero (precisare i motivi), e se si fa uso abituale di farmaci (quali e perchè).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da me date a tutte le domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso. Riconosco che le notizie e i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Compagnia. Prosciolgo dal segreto professionale e legale Medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia credesse in ogni tempo, anche dopo l'eventuale sinistro, di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'Assicuratore stesso, o da chi per lui, comunicate ad altre persone o Enti, per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative. LETTO ED APPROVATO SPECIFICAMENTE QUANTO SOPRA.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando alla presenza del Medico \_\_\_\_\_

## PARTE II: ESAME OBIETTIVO

Aspetto fisico - costituzione: \_\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_ Peso kg \_\_\_\_\_

Vi sono state variazioni di peso negli ultimi tempi?  NO  SI aumentato? di quanti chili? \_\_\_\_\_  
 diminuito? di quanti chili? \_\_\_\_\_

Il rapporto altezza peso è normale?  NO  SI perchè: \_\_\_\_\_

Pressione arteriosa: max \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_ Frequenza \_\_\_\_\_

Si prega di fare una seconda misurazione alla fine dell'esame se, in occasione della prima, la pressione sistolica supera 150 mm Hg o la diastolica 90 mm Hg.

Risultato \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1. Cute e mucose visibili	NELLA NORMA?		PERCHÈ?
	NO	SI	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Mammelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Masse muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Apparato linfoghiandolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Apparato osteo-articolare Eventuali deficit funzionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Apparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- prime vie aeree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- voce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione del torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Conclusione diagnostica</b>	_____		
8. Apparato cardiovascolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- ispezione, palpazione, percussione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- ascoltazione (toni, pause, soffi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- arterie (in particolare polsi periferici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- vene (varici, emorroidi, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Conclusione diagnostica</b>	_____		

9. Apparato gastro-enterico

NELLA NORMA?		PERCHÉ?	
NO	SI	- cavità orale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- stomaco	<input type="checkbox"/>
		- fegato	<input type="checkbox"/>
		- addome (milza)	<input type="checkbox"/>

**Conclusione diagnostica** \_\_\_\_\_

10. Apparato uro-genitale

NO  SI

**Conclusione diagnostica** \_\_\_\_\_

11. Sistema nervoso e organi di senso

NO	SI	- condizioni psichiche (orientamento T/S)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- motilità	<input type="checkbox"/>
		- sensibilità e riflessi	<input type="checkbox"/>
		- udito	<input type="checkbox"/>
		- vista	<input type="checkbox"/>
		- olfatto	<input type="checkbox"/>

**Conclusione diagnostica** \_\_\_\_\_

**PARTE III: ANALISI DELL'URINA (EFFETTUATA DAL MEDICO REDIGENTE)**

Colore	Aspetto	Reazione	Albumina	Glucosio	Sangue	Altri elementi anormali	Metodi di ricerca usati	Deduzioni

Conclusioni \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

Giudizio prognostico:  BUONO  MEDIOCRE  SFAVOREVOLE

EVENTUALI OSSERVAZIONI ED INFORMAZIONI COMPLEMENTARI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto attesta di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo con diligenza e precisione, si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita e sul giudizio dato, rimette questo rapporto, in busta chiusa soprafirmata, all'Assicurando perchè la trasmetta alla Direzione Generale della Compagnia.

Comune \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ora \_\_\_\_\_ in cui è stata eseguita la visita.

**Timbro e Firma del Medico**

\_\_\_\_\_

L'omissione del timbro e della firma del Medico redigente comporterà la non validità del presente documento.

Redatto in triplice originale ad unico effetto a Milano, li \_\_\_\_\_