

# QUESTIONARIO MEDICO

(Da far compilare al Medico curante)

## EMOFILIA

**NOME E COGNOME** (per le donne indicare il cognome da nubile):.....

Data di nascita: ..... Professione: .....

Indirizzo: .....

|   | Di quale tipo di emofilia soffre il/la paziente?   | SI   | NO   | COMMENTI  |
|---|--|--|--|---|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"><li>- Emofilia A (deficit del fattore III):</li><li>- Emofilia B (deficit del fattore IX):</li><li>- Malattia di Von Willebrand:</li><li>- Altro tipo:</li></ul> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Precisare:  |
| 2 | Quando è stata diagnosticata la malattia?  |  |  | Precisare la data e le circostanze:   |
| 3 | Descrivere gli episodi emorragici, in particolare la frequenza, la gravità e la data dell'ultima emorragia:  |  |  |   |
| 4 | Indicare i trattamenti seguiti:  |  |  |   |
| 5 | Indicare tutte le complicanze (se ce ne sono state) :  |  |  |   |
| 6 | Indicare i risultati dei test: <ul style="list-style-type: none"><li>- Epatite B</li><li>- Epatite C</li><li>- HIV</li></ul>   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | Data:..... /...../ ..... Esiti:<br>Data:..... /...../ ..... Esiti:<br>Data:..... /...../ ..... Esiti: |

|   |  | SI                       | NO                       | COMMENTI                                    |
|---|--|--------------------------|--------------------------|---|
| 7 | E' mai stato assente dal lavoro per malattia, dichiarato invalido o ha subito limitazioni dello svolgimento delle attività quotidiane ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se sì, precisare e indicare la(e) data(e) : |
| 8 | <p>Sono presenti anticorpi (inibitori) anti-fattori della coagulazione?</p> <p>Precisare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tasso fattore VIII:</li> <li>- Tasso fattore IX:</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

Luogo ..... data ..... 20 ..

Firma e timbro del Medico

La Compagnia prega l'assicurato di comunicare al Medico Consulente, in via confidenziale, i vari documenti medici in suo possesso che potrebbero facilitare la valutazione del suo stato di salute. Si eviterà pertanto un'eventuale visita medica o altri esami che la Compagnia si riserva il diritto di richiedere al momento della sottoscrizione del contratto.