

# QUESTIONARIO MEDICO

(Da far compilare al Medico curante)

## IPERTENSIONE ARTERIOSA

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

Data e luogo di nascita: ..... Professione: .....

Indirizzo: .....

	<b>AFFEZIONE</b>	SI	NO	COMMENTI
1	- Ipertensione arteriosa: . essenziale . secondaria . maligna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data della diagnosi:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Ipertensione secondaria: . causa nota . tuttora presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da quando:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da quando:
	- Trattamento anti-ipertensivo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Precisare quale:
	- Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Precisare:
	- E' stato/a assente dal lavoro per malattia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Precisare la(e) data(e) :

### MISURAZIONI DELLA PRESSIONE ARTERIOSA EFFETTUATE NELL'ULTIMO ANNO

2	DATA	VALORI		DATA	VALORI	
		SISTOLICA	DIASTOLICA		SISTOLICA	DIASTOLICA

	ESAMI	SI	NO	COMMENTI
3	Si è sottoposto recentemente ad: . analisi del sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data: ..... / ..... / ..... Risultati:
	. analisi delle urine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data: ..... / ..... / ..... Risultati:
	Sono stati effettuati i seguenti esami: . elettrocardiogramma, doppler, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data: ..... / ..... / ..... Risultati:
	. fondo dell'occhio (fundus oculi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data: ..... / ..... / ..... Risultati:
	. dosaggio del colesterolo, dei trigliceridi, profilo lipidico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data: ..... / ..... / ..... Risultati:
	. ricerca di albuminuria, sangue o pus nelle urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data: ..... / ..... / ..... Risultati:
	Sono stati effettuati altri esami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Precisare la(e) data(e) ed il(i) risultato(i) :  Quali:  Risultati:

	MALATTIE ASSOCIATE	SI	NO	COMMENTI
4	E' in cura per affezioni diverse dall'ipertensione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sì, precisare da quando : ..... / ..... / ..... Motivo :
	Ha subito interventi chirurgici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sì, precisare la(e) data(e) e il(i) motivo(i) :
	Dovrà sottoporsi ad altri esami particolari, accertamenti specialistici, interventi chirurgici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Precisare:
5	Peso: ..... kg		Altezza: ..... cm	

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

<p>Firma e timbro del Medico</p>
----------------------------------

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.