

Rapporto Medico del medico esaminatore

DICHIARAZIONE DELLA PERSONA DA ASSICURARE: _____

Si prega il medico di compilare il modulo in prima persona, spuntare i casi corrispondenti e completare le voci qualora fosse necessario un commento. Se le risposte sono state già presentate in precedenza, il medico è invitato a ricontrollarle con la persona da esaminare. Questo documento deve essere trasmesso a mezzo di plico sigillato all'Ufficio Gestione di AFI ESCA, Via Vittor Pisani, 5 20124 Milano

1

- a) Cognome e nome: _____
- b) data e luogo di nascita: _____ Nazionalità: _____
- c) Domicilio: _____
- d) Stato di famiglia: Nubile/celibe Coniugato/a Vedovo/a Altro: _____
- e) Professione attuale: _____ Precedente: _____
- f) Sport praticati regolarmente: _____
- g) Ha recentemente soggiornato o vissuto all'estero (salvo Europa e America del Nord), o ha in progetto di farlo:
 Dove? _____ Quando? _____ Scopo? _____

2

- a) Consuma bevande alcoliche? Vino Birra Aperitivo superalcolici
 Quantità giornaliera? _____ cl _____ cl _____ cl _____ cl
- b) Fuma? Sigarette Sigari Pipa
 Quantità giornaliera? _____
- c) Fa uso o ha fatto uso di stupefacenti (droghe)? Quali? _____
 Fino a quando? _____
- d) Il suo peso è diminuito nel corso dell'ultimo anno? _____ kg
 Causa: _____
 Intenzionalmente? No Sì

3 Risponda Sì o No. Se Sì, precisare (motivo, data, risultato, ecc.)

Soffre o ha sofferto di un disturbo o sintomo che suggerisca:

- a) Una malattia infettiva o parassitaria, una malattia sessualmente trasmissibile (sindromi AIDS-simili) ? _____
- b) Una patologia del sistema endocrino o del metabolismo? _____
- c) Una malattia del sangue? _____
- d) Un disturbo psichiatrico? _____
- e) Una malattia del sistema nervoso o muscolare? _____
- f) Una malattia delle orecchie, del naso, della gola o degli occhi? _____
- g) Una malattia dell'apparato cardiovascolare? _____
- h) Una malattia dell'apparato respiratorio? _____
- i) Una malattia dell'apparato digerente o una patologia addominale? _____
- j) Una malattia dell'apparato uro-genitale? _____
- k) Una malattia della pelle? _____
- l) Una malattia ossea o articolare? _____
- m) Altre malattie o infermità? _____

RISERVATO

4 Risponda Sì o No. Se Sì, precisare (quando/durata/data della guarigione/sequela/commenti)

a) Ha subito un intervento chirurgico? _____

b) È stato sottoposto a un trattamento con sostanze radioattive o una chemioterapia o una trasfusione di sangue? _____

c) Ha subito incidenti? _____

In caso di trauma cranico, indichi se vi è stato un coma o una perdita di conoscenza e relativa durata.
 Se ha risposto SÌ a una delle domande 3 e 4, di quale malattia, operazione, incidente si tratta? _____

5 Per le persone di sesso femminile

a) Precedenti gravidanze? Quante? _____
 Eventuali complicazioni: _____

b) È in stato di gravidanza? Di quanti mesi? _____
 Eventuali complicazioni: _____

c) Assume farmaci anticoncezionali? _____

6

a) Segue una terapia? Quale? _____
 Per quale motivo? _____

b) Riceve cure mediche? Quali? _____
 Per quale motivo? _____

c) Nel corso degli ultimi 5 anni è stato sottoposto a una terapia di durata superiore a 3 settimane? Quando? _____
 Per quale motivo? _____

d) Ha consultato un medico nel corso degli ultimi 12 mesi? Quando? _____
 Per quale motivo? _____

e) Deve essere ricoverato a breve o subire un intervento chirurgico? Quando? _____
 Motivo: _____

7

a) Nel corso degli ultimi 5 anni si è sottoposto a:

- un elettrocardiogramma? Quando? _____ Risultato: _____
- una radiografia del torace? Quando? _____ Risultato: _____
- un'analisi del sangue? Quando? _____ Risultato: _____
- un'analisi delle urine? Quando? _____ Risultato: _____
- un test dell'AIDS? Quando? _____ Risultato: _____

b) È stato sottoposto ad altri esami (per esempio elettroencefalogramma, TAC, scintigrafia, arteriografia) Quando? _____
 Quali? _____
 Risultato: _____

8

a) Si trova in stato di incapacità al lavoro? Totale Parziale Da: _____
 Per quale motivo? _____

b) Nel corso degli ultimi 5 anni è stato incapace al lavoro per più di 3 settimane? Quando? _____ Perché? _____
 Durata: _____

c) Ha altri dati da segnalare in relazione al suo stato di salute? _____

Chi è il suo abituale medico di base? (Indirizzo): _____

Certifico di aver risposto in modo sincero alle domande succitate e di non aver nascosto nulla. Autorizzo i medici e le altre persone interrogate dalla Società a fornire, in modo riservato, le informazioni richieste in relazione al contratto di assicurazione.

Redatto a: _____
 lì: _____

Firma della persona da assicurare

Per attestazione dell'esatta trascrizione dell'anamnesi,
 Il Medico Esaminatore

RISERVATO

ESAME MEDICO

Si prega il medico di rispondere a tutte le domande e di commentare le eventuali anomalie rilevate

9 Risponda Sì o No. Se Sì, precisare (motivo, data, risultato, ecc.)

Ha già avuto in cura la persona da assicurare? Quando? _____
 Per quale motivo? _____

10 Costituzione fisica

a) Altezza _____ cm (risultato della misurazione)
 b) Peso _____ kg (risultato della pesata)
 c) Perimetro del torace _____ cm in inspirazione ed espirazione
 d) Circonferenza dell'addome _____ cm

11 Generalità

a) Sono presenti anomalie congenite o della crescita? Quali? _____
 b) Sono presenti deformità o malformazioni (torace, colonna vertebrale, arti, ecc...)? Quali? _____

12 Abitudini

a) Le occupazioni o abitudini della persona da assicurare possono nuocere alla sua salute? Quali? _____
 b) Esistono segni che suggeriscono un consumo eccessivo di alcool, indici di abuso di tabacco, di medicinali o d'uso di stupefacenti? Quali? _____

13 Sistema endocrino e metabolismo

Il suo esame obiettivo mette in evidenza qualche anomalia? Quale? _____

14 Esame psichiatrico

Sono presenti turbe del comportamento o segni in grado di evocare un disturbo psichiatrico? Quali? _____

15 Sistema nervoso e apparato muscolare

Constata una sintomatologia che richiama un disturbo del sistema nervoso o una miopatia? Quale? _____

16 Organi sensoriali

a) È presente un disturbo dell'apparato uditivo? Quale? _____
 È presente una riduzione dell'acuità uditiva? Grado? _____
 b) È presente un disturbo oculare? Quale? _____
 Necessita di correzione? Prima della correzione: OD _____ OS _____
 Dopo la correzione: OD _____ con _____ diottrie
 OS _____ con _____ diottrie

17 Apparato cardiovascolare

a) L'area cardiaca risulta ingrossata? Importanza: _____
 b) Disturbi del ritmo? Quali: _____
 c) I rumori cardiaci sono anomali? Intensità? _____
 (sdoppiamento, rullio, ecc...) Sistolico dove? _____ intensità: _____
 d) Si sente un soffio cardiaco? Diastolico dove? _____ intensità: _____
 Come si propaga? _____
 Irradiazione? _____
 e) Il soffio è organico? Diagnosi: _____
 f) È presente un'anomalia del polso radiale, carotideo, femorale, tibiale posteriore o pedidio? Sede: _____
 Destra Sinistra
 Causa: _____ importanza: _____
 g) Disturbi del sistema venoso, edema? Quali? _____ importanza: _____

RISERVATO

PRESSIONE ARTERIOSA: Sistolica: _____ Diastolica: _____ Non trattata Trattata
 Frequenza del polso: _____ Pulsazioni al minuto: _____
 - se frequenza inferiore a 60, prendere una misurazione del polso sotto sforzo. Risultato: _____
 - se i valori pressori sono superiori a 15/9, o se la frequenza al polso è superiore a 90, effettuare un controllo a fine visita dopo il riposo.
 Eventuale controllo: Sistolica: _____ Diastolica: _____ Pulsazioni al minuto: _____

Risponda Sì o No. Se Sì, precisare (motivo, data, risultato, ecc.)

18 Apparato respiratorio

- a) L'esame obiettivo mette in evidenza qualche anomalia? Quale? _____
 b) Esame radiologico? Risultato? _____

19 Apparato digerente

- a) La lingua, la faringe e le tonsille hanno un aspetto patologico? Quale? _____
 b) La palpazione dell'addome svela uno stato patologico? Quale? _____
 c) Il fegato è ingrossato? Di quanti cm? ____ Consistenza: _____
 d) La milza è ingrossata? Palpabile su: ____ cm Causa: _____
 e) È presente un'ernia, un'eventrazione? Sede: _____ Bilaterale: No Sì

20 Apparato urogenitale

- a) Esame delle urine: albumina Eventuale dosaggio: _____ g/l Altre sostanze anomale
(l'urina deve essere emessa al momento della visita) zuccheri Eventuale dosaggio: _____ g/l _____
sangue _____
pus _____
 b) Sono presenti indizi di un disturbo degli organi genitali o delle mammelle? Quali? _____

21 Pelle

- Sono presenti un'affezione cutanea o delle fanere? Quale? _____

22 Linfonodi

- È presente un aumento nel volume dei linfonodi? Sede: _____ Origine: _____

23 Ossa, articolazioni e tessuto connettivo

- L'esame obiettivo mette in evidenza uno stato patologico? Quale? _____

24 Conclusione

- a) Pensate che la prognosi di questa persona ne sia alterata? _____
 b) Avete delle riserve sui rischi di invalidità totale o parziale di incapacità al lavoro? _____
 c) Osservazioni speciali o suggerimenti: _____

Importante: La Società invita il medico ad astenersi, per quanto riguarda la persona da assicurare o il broker assicurativo, da qualsiasi osservazione che possa pregiudicare la decisione dell'assicuratore.

Redatto a : _____
 lì: _____

Il Medico Esaminatore, timbro e Firma