



MARINA MILITARE

ANAMNESI PRE-IMBARCO

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / ____

Indirizzo: Via/P.zza _____ n° ____ CAP _____

Città: _____ (____) Telefono: _____

Documento di riconoscimento _____ n° _____

rilasciato da _____ in data ____ / ____ / ____

Avvertenza

Di seguito è riportata una serie di domande intese ad evidenziare, attraverso “ciò che ricorda”, elementi che sono di grande importanza per la verifica del Suo stato di salute. È quindi essenziale che Ella, nel Suo precipuo interesse, risponda con la massima sincerità. Ad alcuni quesiti sarà sufficiente rispondere SI o NO (barrando la relativa casella) nel caso in cui la risposta sia, rispettivamente, affermativa o negativa. Altri quesiti richiedono anche di specificare, se ne è a conoscenza e/o ne ha memoria, ulteriori elementi d’informazione. All’interno troverà un questionario che consentirà di evidenziare l’esistenza di un disagio psichico che potrebbero interessarla; anche in questo caso è della massima importanza la scrupolosa fedeltà nella formulazione delle risposte.

In caso di dubbi nella compilazione non esiti a rivolgersi al personale sanitario che le fornirà ogni chiarimento.

Anamnesi fisiologica

- È nato/a da parto normale? SI NO ;
- è nato/a dopo gravidanza di durata normale (9 mesi)? SI NO ;
- è stato/a allattato/a al seno? SI NO ;
- (solo per personale femminile) a quale età sono comparse le prime mestruazioni? _____;
- (solo per personale femminile) le mestruazioni sono regolari per ritmo, quantità e durata? SI NO
(specificare) _____;
- (solo per personale femminile) è in stato di gravidanza? SI NO NON SO (data ultimo ciclo mestruale¹ _____);
- ha figli? SI specificare numero _____ NO ;
- (solo per personale femminile) se ha avuto figli:
 - la gravidanza è stata normale per durata (9 mesi)? SI NO (Specificare) _____;
 - la gravidanza è stata normale per decorso (complicanze)? SI NO (Specificare) _____;
 - il parto è stato naturale? SI NO (Specificare) _____;
 - l'allattamento è stato naturale (al seno)? SI NO (Specificare) _____;
- (solo per personale femminile): ha fatto/fa uso di farmaci o dispositivi anticoncezionali? SI NO
(Specificare) _____;
- la sua dieta è regolare? SI NO ;
- il suo appetito è: scarso ; normale ; eccessivo ;
- il suo alvo è: regolare ; stitico ; diarroico ;
- la sua diuresi è regolare? SI NO (specificare) _____;
- quante ore dorme mediamente? _____;
- il suo sonno è normale? SI NO ;
se NO, specificare (può barrare anche più voci):
 - dormo male;
 - dormo poco;
 - mi sveglio frequentemente;
 - al mattino sono stanco/a;
 - durante il giorno ho sonnolenza;
 - altro _____;
- pratica attività fisica (anche se attività ginnico-sportiva autogestita): SI NO ;

¹ In caso di sospetta gravidanza in atto verificare con test di auto-analisi.

- se pratica attività fisica specifici:
 - tipo di attività: _____;
 - frequenza media: n° giorni/settimana _____; n° ore di attività _____;
- fuma? SI NO ;
- se fuma, cosa? (sigarette, sigari, etc.) _____; quanto? (numero al giorno): _____;
- se fuma, da quanti anni? _____;
- consuma alcolici (vino/birra)? SI (Veda **nota ***) _____ NO ;
- consuma superalcolici? SI (Veda **nota ***) _____ NO ;
- ha mai assunto sostanze stupefacenti per motivi terapeutici? SI NO ;
- ha mai assunto sostanze stupefacenti per motivi **non** terapeutici? SI NO ;
- ha mai avuto comportamenti sessuali a rischio di trasmissione di malattie infettive (rapporti promiscui e/o non protetti)? SI NO .

Anamnesi patologica remota:

- Ha sofferto di una o più di queste malattie?: Morbillo ; Varicella ; Rosolia ; Scarlattina ; Parotite ; Pertosse ; Epatite Tifo ; Gastrite ; Ulcera ; Calcolosi ; COVID-19 ;
- è stato/a sottoposto/a ad uno o più dei seguenti interventi chirurgici?: tonsillectomia anno _____; appendicectomia anno _____; adenoidectomia anno _____;
- è stato/a sottoposto/a ad altri tipi di interventi chirurgici?: SI ; NO ; se SI specificare tipo di intervento ed anno _____;
- *(solo per personale femminile)*: ha avuto aborti o interruzioni volontarie di gravidanza? SI NO (Specificare) _____;
- ha ricevuto trasfusioni di sangue e/o emoderivati? SI ; NO ;
- è allergico/a? SI ; NO ; se SI specificare _____;
- ha intolleranze alimentari? SI ; NO ; se SI specificare _____;
- è stato/a ricoverato/a in passato presso strutture ospedaliere civili? SI ; NO se SI (Specificare motivo ed anno) _____;

Anamnesi patologica prossima:

- Attualmente è in buona salute? SI NO ;
se NO, specificare _____
_____ ;
- Attualmente si sente bene? SI NO ;
se NO, specificare _____
_____ ;
- Attualmente è in cura dal Suo Medico? SI NO ;
se NO, specificare (es. in cura per ipertensione arteriosa, etc.) _____
_____ ;
- Attualmente assume farmaci? SI NO ;
se NO, specificare _____
_____ ;
- Attualmente è sottoposto/a a cure non farmacologiche? SI NO ;
se NO, specificare _____
_____ ;
- Attualmente usufruisce di esenzione ticket per patologie? SI NO ;
se SI, specificare _____
_____ ;

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace e di falsità in atti, così come stabilito dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445,

DICHIARO

sotto la mia piena responsabilità che quanto sopra riportato risponde a verità e nego di essere a conoscenza di altre patologie pregresse o in atto, oltre quelle dichiarate.

_____, lì _____

Firma _____

Gentile utente,

desideriamo informarla che il decreto in epigrafe stabilisce che il trattamento dei dati personali, ed in particolare di quelli riguardanti lo stato di salute, si deve svolgere nel rispetto dei diritti e della libertà fondamentali, fra i quali la dignità e la riservatezza, tali dati devono essere inoltre protetti secondo criteri di necessità, pertinenza e non eccedenza del trattamento. Precisiamo altresì che per “trattamento” di tali dati si intende qualunque alterazione che comporti la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione.

Finalità del trattamento:

I suoi dati personali saranno trattati, come prescritto dal suddetto decreto, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali di questo **COMANDO della MARINA MILITARE**.

Modalità di trattamento dei dati:

Il trattamento dei suoi dati personali avverrà mediante strumenti manuali, cartacei, **informatici** e **telematici** con logiche strettamente collegate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire, la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Comunicazione dei dati:

Nell'ambito di tale trattamento, i suoi dati personali potranno essere comunicati, ove previsto dalle norme, nel rispetto dei principi e con criteri sopra riportati ad eventuali altri Comandi/Enti dell'Amministrazione Difesa o di altre Pubbliche Amministrazioni che necessitino di tali dati per l'espletamento di pratiche sanitarie relative alla sua persona, nell'ambito delle loro funzioni istituzionali.

I suoi diritti:

In base al suddetto decreto, ella ha diritto di ricevere l'attuale informativa, a ottenere la conferma dell'esistenza o meno, presso questo ente di dati personali che la riguardano e può ottenere che tali dati vengano messi a sua disposizione in forma intelligibile; ha altresì diritto di ottenere notizie circa l'origine di tali dati, delle finalità e modalità del loro trattamento, della logica applicata in caso di trattamento con strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare e dei responsabili del trattamento, dei soggetti o categorie di soggetti ai quali i suoi dati possono essere comunicati; può inoltre ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione degli stessi.

Questo Comando si impegna comunque a trattare i suoi dati sanitari secondo quanto previsto dal D.Lgs. in epigrafe e a non trattare, qualora ne venga a conoscenza, i dati idonei a rilevare la sua origine razziale, le sue convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le sue opinioni politiche, la sua eventuale adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale.

Letta e compresa la presente informativa, ai sensi dell'articolo 13 e 14 del Reg. UE 679/2016 e art. 13 del D.Lgs. 196/2003:

Acconsento Non acconsento

Alla raccolta e al trattamento dei miei Dati Personale e Sensibili

Luogo _____, lì _____

Nome e Cognome _____ Firma _____

Luogo _____, lì _____

VISTO dell'Ufficiale Medico:
