



Centro di Ateneo per la tutela e promozione della salute e sicurezza
Servizio per la salute e la sicurezza della persona nei luoghi di lavoro
UNITA' SPECIALISTICA DI MEDICINA DEL LAVORO

Scheda anamnestica per attività in cantieri di scavi archeologici

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: /___/___/_____

Luogo di nascita: _____

Altezza: _____ cm

Peso: _____ Kg

studente che parteciperà a scavi archeologici promossi e diretti da docenti del Dipartimento di Storia Culture e Civiltà dell'Università di Bologna

Soffri o hai mai sofferto di qualcuno dei seguenti problemi di salute?

Malattie congenite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (<i>specificare</i>) _____ _____
Neoplasie (tumori, leucemie, linfomi, ecc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (<i>specificare</i>) _____ _____
Malattie respiratorie (asma bronchiale ecc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (<i>specificare</i>) _____ _____
Malattie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, cardiopatie, aritmie cardiache, ecc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (<i>specificare</i>) _____ _____
Malattie neurologiche e neuromuscolari (epilessia, sclerosi multipla, miastenia, ecc..)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (<i>specificare</i>) _____ _____
Malattie della pelle (dermatiti da contatto, psoriasi cutanea, ecc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (<i>specificare</i>) _____ _____
Allergie (veleno di insetti, acari della polvere, pollini, ecc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (<i>specificare</i>) _____ _____
	Hai mai avuto reazioni allergiche gravi (anafilassi)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (<i>specificare</i>) _____ _____ _____
Malattie endocrino-metaboliche (diabete insipido, diabete mellito, malattie della tiroide o dei surreni, ecc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (<i>specificare</i>) _____ _____
	Per i DIABETICI indicare se in terapia con INSULINA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì



Centro di Ateneo per la tutela e promozione della salute e sicurezza
Servizio per la salute e la sicurezza della persona nei luoghi di lavoro
UNITA' SPECIALISTICA DI MEDICINA DEL LAVORO

Malattie oculari/dell'orecchio (disturbi di vista o udito, vertigini, disturbi dell'equilibrio, ecc...)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ _____
Malattie muscolo-scheletriche (malattie delle ossa, delle articolazioni, problemi della colonna vertebrale, ecc...)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ _____
Disturbi della sfera psichica (ansia, depressione, psicosi, fobie, ecc...)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ _____
Disturbi della coagulazione (sanguinamenti, trombosi venosa, ecc...)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ _____
Altro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (specificare) _____ _____

Hai mai subito interventi chirurgici? No Sì (specificare) _____

Assumi attualmente farmaci? No Sì (specificare) _____

Consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, dichiaro di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute. Il sottoscritto si impegna inoltre a informare e documentare al Medico Competente ogni variazione dello stato di salute.

Data: /___/___/_____

Firma del lavoratore

Firma del Medico Competente
