

# QUESTIONARIO ANAMNESTICO LAVORATORI MINORI

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

genitore/tutore del/della lavoratore/trice minore \_\_\_\_\_

dichiara che quanto esposto nel seguente modulo corrisponde a verità.

## **IN FAMIGLIA qualcuno soffre o ha sofferto di:**

Malattie cardiache e/o circolatorie  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

Malattie endocrine (es. tiroidee)  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

Malattie respiratorie (es. asma)  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

Malattie neuropsichiatriche (es. epilessia)  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

Diabete mellito  NO  SI chi? \_\_\_\_\_ Risultata in terapia con insulina?  NO  SI

## **IL/LA MINORE soffre o ha sofferto di:**

Malattie cardiache e/o circolatorie  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

Malattie endocrine (es. tiroidee)  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

Malattie respiratorie (es. asma)  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

Malattie neuropsichiatriche (es. epilessia)  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

Diabete mellito  NO  SI Risultata in terapia con insulina?  NO  SI

Altre malattie  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

Infortuni (fratture, lussazioni, traumi cranici)  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

Difetti visivi  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

**Il minore assume terapie farmacologiche regolari ?**  NO  SI quali? \_\_\_\_\_

**Ha mai effettuato la vaccinazione antitetanica ?**  NO  SI

**Il sottoscritto/a dichiara di aver esattamente informato il medico delle pregresse e attuali condizioni del/della minore ed esprimo il consenso all'utilizzo ai fini statistici e scientifici e all'effettuazione della visita e degli accertamenti necessari al rilascio dell'idoneità lavorativa.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_