

## Questionario per la rilevazione dell'anamnesi - adulti

(Si prega di segnare con una crocetta ciò che interessa e di consegnare al medico!)

Dati personali, compreso il codice di identificazione presso la centrale dell'autorità per gli stranieri (ZAB):

Data: .....

Sesso:        maschile         femminile         Nazionalità: .....        Gravidanza:        ..... mese  
Persona singola         Gruppo familiare

- 
- |     |   |                             |                             |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Lei è malato?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Lei assume dei medicinali?                                      | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Lei è stato vaccinato contro delle malattie?                    | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.  | È stato effettuato su di Lei un test cutaneo sulla tubercolosi? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Lei ha oppure ha avuto una malattia infettiva?                  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Tisi (Tubercolosi)?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Epatite?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | HIV?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Varicella?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Morbillo?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Rosolia?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Difterite?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Sifilide (lue)?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Altre malattie veneree?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Tifo, paratifo?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|     | Colera?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Lei ha dei dolori?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Lei ha o ha avuto febbre nelle ultime 6 settimane?              | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Lei ha forte tosse?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Lei ha nausea, vomito?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. | Lei ha crampi al ventre o diarrea?                              | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. | Lei ha sangue nelle feci?                                       | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. | Lei sente dolore durante la minzione (urina)?                   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13. | Lei ha eruzioni cutanee?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

.....  
Firma

Annotazione del medico:

.....  
Firma del Medico

## Questionario per la rilevazione dell'anamnesi - bambini

(Si prega di segnare con una crocetta ciò che interessa e di consegnare al medico!)

Dati personali, compreso il codice di identificazione presso la centrale dell'autorità per gli stranieri (ZAB):

Data: .....

Sesso:      maschile       femminile       Nazionalità: .....      Età: .....

- 
- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.    Suo figlio è malato?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2.    Suo figlio assume dei medicinali?                                   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3.    Suo figlio è stato vaccinato contro delle malattie?                 | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.    È stato effettuato su Suo figlio un test cutaneo sulla tubercolosi? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5.    Suo figlio ha oppure ha avuto una malattia infettiva?               | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tisi (Tubercolosi)?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Epatite?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Varicella?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Orecchioni?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Morbillo?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Rosolia?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Difterite?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6.    Suo figlio ha dei dolori?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7.    Suo figlio ha febbre?   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8.    Suo figlio ha forte tosse?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9.    Suo figlio ha nausea, vomito?                                       | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10.   Suo figlio ha crampi al ventre o diarrea?                           | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11.   Suo figlio ha eruzioni cutanee?                                     | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

.....  
Firma

Annotazione del medico:

.....  
Firma del medico