



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 Beni Culturali dell'Università di Bologna

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

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

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