



## RAPPORTO VISITA MEDICA

ANAGRAFICA

**NOME E COGNOME** \_\_\_\_\_

(per le donne indicare il cognome da nubile)

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

**VISITA MEDICA EFFETTUATA IL:** \_\_\_\_\_ **DAL DOTTOR:** \_\_\_\_\_

**1) Ha già curato l'Assicurato?**  SI  NO

In caso affermativo, quando e per quali motivi?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**In caso negativo, la conosce per altre ragioni?**  SI  NO

Quali?: \_\_\_\_\_

**2) L'Assicurato è attualmente sotto trattamento medico?**  SI  NO

Quale - Da quando - Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3) ASPETTO GENERALE

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altezza: \_\_\_\_\_ cm Circonferenza della vita: \_\_\_\_\_ cm Circonferenza dei fianchi: \_\_\_\_\_ cm

**Aspetto sano, che corrisponde all'età indicata?**  SI  NO

**Tipo costituzione:**  Magra  Normale  Robusta

**Presenta malformazioni o mutilazioni?**  SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4) COLLO

Vi è presenza di gozzo?  SI  NO

### 5) APPARATO RESPIRATORIO

**Antecedenti?**  SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**Il movimento respiratorio è limitato, asimmetrico?**  SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**La percussione mostra un'opacità anomala?**  SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**All'auscultazione si rilevano anomalie?**  SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**La voce è velata?**  SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

RAPPORTO VISITA MEDICA

**6) APPARATO CARDIOVASCOLARE****Antecedenti? Il cuore è ingrossato?** SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**I rumori del cuore sono cambiati? (intensità, sdoppiamento, ecc.)** SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**Si sente un soffio cardiaco?** SI  NO Sistolico  Diastolico Intensità: \_\_\_\_\_**Il soffio è organico?** SI  NO

Come si propaga? Dov'è il punto di massima intensità \_\_\_\_\_

**L'aorta addominale ha un aspetto dilatato?** SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**I polsi degli arti inferiori sono tutti percepibili e simmetrici?** SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**Si sente un soffio sulle arterie cervicali o femorali?** SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**Pressione arteriosa**Sistolica: \_\_\_\_\_ Diastolica: \_\_\_\_\_  Trattata  Non trattata

Polso: \_\_\_\_\_ Extrasistole: \_\_\_\_\_

*Se i valori della pressione arteriosa sono superiori a 150/90, effettuare una nuova misurazione alla fine della visita dopo dieci minuti in posizione coricata.*

Seconda lettura: Sistolica: \_\_\_\_\_ Diastolica: \_\_\_\_\_ Polso: \_\_\_\_\_

**7) APPARATO DIGERENTE****La lingua, la faringe e le tonsille hanno un aspetto anormale?** SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**La palpazione dell'addome rivela uno stato patologico?** SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**Vi è un'epatomegalia?** SI  NO

Spessore (quante dita?) \_\_\_\_\_ Consistenza: \_\_\_\_\_

**Vi è una splenomegalia?** SI  NO

Grado \_\_\_\_\_ Consistenza: \_\_\_\_\_

**Vi è un'ernia?** SI  NO

Di che tipo: \_\_\_\_\_

**Vi sono emorroidi o segni di ematemesi, melena, rettoragia?** SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**8) Vi sono segni di alcolismo, tabagismo, abuso di medicinali, uso di stupefacenti?** SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9) APPARATO URO-GENITALE**

Ha avuto in precedenza un'afezione degli organi uro-genitali?

 SI  NO**PER LE PERSONE DI SESSO MASCHILE**

Vi sono segni di malattie degli organi genitali (testicoli, epididimi, prostata)?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

Vi è una ginecomastia?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**PER LE PERSONE DI SESSO FEMMINILE**

Vi sono segni di malattie degli organi genitali?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

Vi è un cambiamento anomalo dei seni?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**ESAME DELLE URINE (effettuato in presenza del Medico esaminatore)**

Aspetto: \_\_\_\_\_

Albumina: \_\_\_\_\_ Glucosio: \_\_\_\_\_ Pus: \_\_\_\_\_

Altre anomalie: \_\_\_\_\_

**10) SISTEMA NERVOSO**

Antecedenti?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

Postumi?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

Vi sono riflessi pupillari o osteo-tendinei anormali?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

Vi sono segni di distonia neurovegetativa?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

Presenza di disturbi psichici o neurologici?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**11) PELLE**

Vi è presenza di ittero o cianosi?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

Eruzione, ulcerazione, cisti, tumore, varici o edemi?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

Linfoadenopatia?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

Cicatrici, tatuaggi?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

Tofo, xantoma?

 SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**12) SCHELETRO**

**Ci sono malattie delle ossa, delle articolazioni, dei dischi intervertebrali?**

SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**13) APPARATO SENSORIALE**

**Vi è una malattia degli occhi?**

SI  NO

Bilaterale? \_\_\_\_\_

**Acuità visiva**

Prima della correzione OD \_\_\_\_\_ /10 OS \_\_\_\_\_ /10

Dopo la correzione OD \_\_\_\_\_ /10 OS \_\_\_\_\_ /10

**Vi è una malattia dell'apparato uditivo?**

SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_

**14) Ci sono ripercussioni dello stato di salute sulle attività professionali o altro dell'Assicurato?**

SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**15) CONCLUSIONI**

**Emette riserve sulla longevità della persona da assicurare?**

SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Ritiene che vi sono rischi di invalidità o di incapacità parziale o totale?**

SI  NO

Commenti: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Lo stato di salute dell'Assicurato può essere considerato:**  Buono  Mediocre  Sfavorevole

**Osservazioni particolari e suggerimenti del medico**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

L'Assicurato dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, Aziende sanitarie, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere, acconsentendo, in particolare, che queste siano rese note ai fini della valutazione della pratica.

\_\_\_\_\_  
 (Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DELL'ASSICURATO

Io sottoscritto/a certifico che l'Assicurato ha apposto la sua firma di sopra a lato dopo un controllo della sua identità.

\_\_\_\_\_  
 (Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
 FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO ESAMINATORE