

## MODULO B: PRECEDENTI SANITARI

Egregio Collega,  
l'U.O.S. Sorveglianza Sanitaria richiede ai lavoratori di consegnare all'atto della visita preventiva questo modulo sui precedenti sanitari. Pertanto le saremmo grati della sua collaborazione nel fornirci, nel modo più dettagliato possibile, le informazioni inerenti lo stato di salute del suo assistito.

Storia clinica del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

**Problemi inattivi** (specificare le malattie sofferte in passato, interventi chirurgici, ipersensibilità):

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

**Problemi attivi** (malattie o stati disfunzionali che il /la lavoratore/trice presenta attualmente):

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

**Gravidanza in atto:** \_\_\_\_\_

**Invalidità riconosciute** (specificare percentuali e tipologia): \_\_\_\_\_

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

**Malattie professionali riconosciute** (specificare percentuali e tipologia):

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

**Terapie in atto:** \_\_\_\_\_

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

Il Medico Curante (cognome/nome) \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma \_\_\_\_\_

NOTA: Il presente modulo, al fine di tutelare la riservatezza dei dati sanitari, deve essere consegnato in busta chiusa al Medico del Lavoro all'atto della visita.