

# DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SEZIONE A.V.I.S. COMUNALE DI SEREGNO

Nome .....Cognome.....Telefono.....

Data/luogo di nascita.....Residenza.....

CF.....EMAIL..... Professione.....

Peso.....Altezza.....Pressione arteriosa.....Vene.....

## ANAMNESI:

Malattie infantili.....Febbri di natura sconosciuta.....

E' diminuito di peso.....Ha assunto o assume farmaci.....

E' in cura dal medico.....E' esposto a sostanze tossiche.....Alcool.....Fumo.....

Ittero o Epatite A-B-C AIDS LUE.....Ci sono stati casi in famiglia.....

E' mai risultato positivo ai test per Epatite virale A-B-C .....AIDS LUE.....

Diabete.....Reumatismi o Artrite.....Malattie Broncopolmonari.....

Malattie gastrointestinali.....Gastro o Colonscopie.....Cateterismo.....

Malattie renali o vescicali.....Malattie del sistema nervoso.....

Convulsioni-Svenimenti.....Malattie della pelle.....

Malattie del sangue.....Malattie del cuore e vasi.....

Ipertensione arteriosa.....Tumori benigni o maligni.....

Malattie allergiche o Autoimmuni.....Ha ricevuto sangue.....Cure dentali.....

Interventi chirurgici.....Trapianti di tessuti o cellule o cornea.....

Tatuaggi-Forature-Agopunture.....Attività o hobby rischiosi.....

Ha soggiornato in paesi malarici con profilassi o no.....

Dove ha vissuto negli ultimi 3 anni.....

PER LE DONNE: Ha avuto gravidanze.....Aborti.....

## **Il Candidato dichiara:**

- che i dati riferiti e soprannotati sono veritieri;
- che è informato sulle procedure di prelievo e acconsente alla donazione;
- che si assume l'obbligo di avvisare il medico di Sezione ogni volta che avrà problemi di salute, comprese le cure dentarie, di qualunque tipo;
- di aver preso visione della nota informativa sull'AIDS e sulle altre malattie contagiose, di non appartenere o di non essere appartenuto alle categorie con comportamento a rischio per la trasmissione dell'AIDS (omosessuali, tossicodipendenti, partners sessuali di queste categorie, soggetti sieropositivi per HIV, partners sessuali di soggetti sieropositivi per HIV, politrasfusi negli ultimi 5 anni, eterosessuali con attività non protetta con partners occasionali);
- **Autorizzo i medici dell'Avis a far eseguire tutti gli esami inerenti il mio stato di salute compreso il test dell'immuno deficienza acquisita**

firma del **CANDIDATO**.....

E.O. MEDICO PRELIMINARE e GIUDIZIO DI IDONEITA' PER I CONTROLLI PRELIMINARI:

SI.....NO.....

Seregno, li

IL MEDICO ESAMINATORE