

VALUTAZIONE IDONEITA' ----- AVIS COMUNALE DI SEREGNO

Nome Cognome nato il

Peso kg Altezza m Pressione arteriosa Vene

ANAMNESI

Malattie infantili Febbri di natura sconosciuta.....
E' diminuito di peso Ha assunto o assume farmaci.....
Alcool Fumo Esposizione a sostanze tossiche
lettero 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.....
Malattie renali o urinarie 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 Pregresso shock anafilattico
Malattie autoimmunitarie Ha ricevuto sangue Cure dentali
Interventi chirurgici Trapianti di tessuti o cellule o cornea
Tatuaggi-Forature-Agopunture Sostanze stupefacenti
Attività o hobby rischiosi Viaggi extraeuropei (ultimi 6 mesi)
Ha soggiornato in paesi malarici con profilassi o no
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 si Sezione ogni volta che avrà dei 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;
- **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:

E.O.:
.....
.....

ALLA VALUTAZIONE PRELIMINARE DI IDONEITA' L'ASPIRANTE DONATORE RISULTA IDONEO?

SI' **NO**

Seregno, lì

IL MEDICO ESAMINATORE