

CASPIE

Cassa di Assistenza Sanitaria

Via Ostiense, 131 L - Corpo "D" - 6° Piano - 00154 Roma - Numero Verde: 800 254 313

Questo modulo deve essere compilato dall'interessato,
rispondendo specificatamente a tutte le domande e regolarmente sottoscritto.

ENTE: _____ TITOLARE DELL'ASSISTENZA: _____

Io sottoscritto.....
(nome e cognome)

(data di nascita)

(telefono)

Indirizzo.....
(via e numero) (c.a.p.) (città)

1) E' MAI STATO RICOVERATO IN CASA DI CURA, OSPEDALI, ECC., PER MALATTIE O INFORTUNI?	no	si	EPOCA	MOTIVO DEL RICOVERO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA SUBITO INTERVENTI OPERATORI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		

2) HA SOFFERTO O SOFFRE DI MALATTIE? IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA SPECIFICARE IL TIPO, L'EPOCA DI INSORGENZA E LA DURATA.

DELL' APPARATO RESPIRATORIO?	no	si		DURATA	EPOCA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pleuriti	<input type="checkbox"/>
			broncopatie	<input type="checkbox"/>
			enfisema	<input type="checkbox"/>
			tumori	<input type="checkbox"/>
			altre	<input type="checkbox"/>

DELL' APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO?	no	si		DURATA	EPOCA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	infarto	<input type="checkbox"/>
			angina pectoris	<input type="checkbox"/>
			ipertensione	<input type="checkbox"/>
			insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/>
			varici	<input type="checkbox"/>
			artereopatie	<input type="checkbox"/>
			altre	<input type="checkbox"/>

DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE?	no	si		DURATA	EPOCA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilessia	<input type="checkbox"/>
			ictus cerebrale	<input type="checkbox"/>
			morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/>
			tumori	<input type="checkbox"/>
			malattie psichiatriche	<input type="checkbox"/>
			altre	<input type="checkbox"/>

DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO?	no	si		DURATA	EPOCA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabete mellito	<input type="checkbox"/>
			gotta	<input type="checkbox"/>
			alt.tiroide e paratiroidi	<input type="checkbox"/>
			altre	<input type="checkbox"/>

DELL' APPARATO UROLOGICO?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	nefrite calcolosi renale insufficienza renale tumori altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
DELL' APPARATO GENITALE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	m.della prostata m.della mammella m.delle ovaie m.dell' utero altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
DELL' APPARATO DIGERENTE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	gastrite ulcera gastro-duodenale malattie dell'intestino tumori cirrosi epatica epatite calcolosi epatica altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
MALATTIA DELL' APPARATO OSTEO - ARTICOLARE E LOCOMOTORE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	artrosi artrite reumatoide altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
DEL SANGUE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	anemie malattie emorragiche leucemie altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
DELL' APPARATO VISIVO?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	cataratta distacco retina glaucoma altre indicazione visus	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
3) E' STATO SOTTOPOSTO A TERAPIA RADIANTE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	EPOCA	DURATA	EPOCA
		
<hr/>					
4) HA IMPERFEZIONI FISICHE? (specificare la natura e l'entità)	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	alterazioni uditive alterazioni degli arti altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
SOFFRE DI PATOLOGIE CONGENITE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	quali	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
5) HA SUBITO TRAUMI O FRATTURE O LESIONI ACCIDENTALI? (specificare l'esito)	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	del cranio degli organi di senso degli arti di altre sedi	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
<hr/>					
6) INDICARE EVENTUALI TERAPIE FARMACOLOGICHE IN CORSO				
				

(*) Crocettare la casella che interessa, specificando dove richiesto.

Si conferma che le dichiarazioni da me sopra fornite sono veritiere e complete e si riconosce che le stesse si riferiscono a circostanze essenziali agli effetti dell'erogazione dell'assistenza da parte delle CASPIE ai sensi della normativa assistenziale applicabile che si dichiara di ben conoscere.

In attesa di conoscere le determinazioni che verranno adottate, porgo distinti saluti.

....., li

.....
(firma)