



Cassa di Assistenza Sanitaria

Via Giuseppe Mercalli, 80 - 00197 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 |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|---------------------|
| | ☐ | ☐ | | |
| | ☐ | ☐ | | |
| HA SUBITO INTERVENTI OPERATORI? | ☐ | ☐ | | |
| | | | | |

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

- | | | | | DURATA | EPOCA |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------|
| DELL'APPARATO RESPIRATORIO? | no | si | pleuriti | ☐ | ..... |
| | ☐ | ☐ | broncopatie | ☐ | ..... |
| | | | enfisema | ☐ | ..... |
| | | | tumori | ☐ | ..... |
| | | | altre | ☐ | ..... |

- | | | | | DURATA | EPOCA |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------|
| DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO? | no | si | infarto | ☐ | ..... |
| | ☐ | ☐ | angina pectoris | ☐ | ..... |
| | | | ipertensione | ☐ | ..... |
| | | | insufficienza cardiaca | ☐ | ..... |
| | | | varici | ☐ | ..... |
| | | | artereopatie | ☐ | ..... |
| | | | altre | ☐ | ..... |

- | | | | | DURATA | EPOCA |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------|
| DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE? | no | si | epilessia | ☐ | ..... |
| | ☐ | ☐ | ictus cerebrale | ☐ | ..... |
| | | | morbo di Parkinson | ☐ | ..... |
| | | | tumori | ☐ | ..... |
| | | | malattie psichiatriche | ☐ | ..... |
| | | | altre | ☐ | ..... |

- | | | | | DURATA | EPOCA |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-------|
| DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO? | no | si | diabete mellito | ☐ | ..... |
| | ☐ | ☐ | gotta | ☐ | ..... |
| | | | alt.tiroide e paratiroidi | ☐ | ..... |
| | | | altre | ☐ | ..... |
| | | | | | |

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