

QUESTIONARIO MEDICO*(Da far compilare dal Medico curante)***DIABETE**

NOME E COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile) :

Data e luogo di nascita : Professione :

Indirizzo :

1	Peso : Kg Altezza : cm P.A. : Max. : Min :																	
2	Quando è stato scoperto il suo diabete ?																	
3	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Di che tipo di diabete si tratta :</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• insulino-dipendente (tipo I)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• non-insulino-dipendente (tipo II)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Di che tipo di diabete si tratta :	SI	NO	• insulino-dipendente (tipo I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• non-insulino-dipendente (tipo II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Di che tipo di diabete si tratta :	SI	NO																
• insulino-dipendente (tipo I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
• non-insulino-dipendente (tipo II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
4	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Terapia :</th> <th></th> <th></th> <th>Se si, quale (i) ?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• ipoglicemizzanti orali</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="2">Se si, numero di iniezioni al giorno :</td> </tr> <tr> <td>• insulina</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Terapia :			Se si, quale (i) ?	• ipoglicemizzanti orali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se si, numero di iniezioni al giorno :	• insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Terapia :			Se si, quale (i) ?															
• ipoglicemizzanti orali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se si, numero di iniezioni al giorno :															
• insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
5	<table border="1"> <thead> <tr> <th>E' già stato ricoverato per il diabete o una complicanza dello stesso (prima di iniziare la terapia) ?</th> <th></th> <th></th> <th>Se si, quando : Motivi precisi :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	E' già stato ricoverato per il diabete o una complicanza dello stesso (prima di iniziare la terapia) ?			Se si, quando : Motivi precisi :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
E' già stato ricoverato per il diabete o una complicanza dello stesso (prima di iniziare la terapia) ?			Se si, quando : Motivi precisi :															
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
6	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fuma ?</th> <th></th> <th></th> <th>Quantità giornaliera :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• fumatore di sigarette</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="4">Ha iniziato a fumare a : anni Ha smesso da :anni</td> </tr> <tr> <td>• fumatore di pipa o di sigaro</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• ex fumatore</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• non ha mai fumato</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Fuma ?			Quantità giornaliera :	• fumatore di sigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha iniziato a fumare a : anni Ha smesso da :anni	• fumatore di pipa o di sigaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• ex fumatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• non ha mai fumato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma ?			Quantità giornaliera :															
• fumatore di sigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha iniziato a fumare a : anni Ha smesso da :anni															
• fumatore di pipa o di sigaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
• ex fumatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
• non ha mai fumato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
7	<table border="1"> <thead> <tr> <th>E' sotto terapia per :</th> <th></th> <th></th> <th>Se si, quale (i) :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• ipercolesterolemia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>• ipertensione arteriosa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• altro (i)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	E' sotto terapia per :			Se si, quale (i) :	• ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		• ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• altro (i)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
E' sotto terapia per :			Se si, quale (i) :															
• ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
• ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
• altro (i)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

8	Controllo del diabete :	SI	NO	Visite / anno :
	Medico curante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tests/media giornaliera :
	Medico specialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autocontrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ESAMI COMPLEMENTARI – precisare i seguenti risultati : (si ritengono validi solo gli esami eseguiti nel corso dell'ultimo anno)				
	DATE	1	2	3
9	Tassi di Emoglobina Glicosilata (HbA1c)			
	Esami di laboratorio			
	Glicemia a digiuno			
10	Precisare data (e) e risultato (i) :			
	<ul style="list-style-type: none"> • colesterolo totale : • colesterolo HDL : 	<ul style="list-style-type: none"> • trigliceridi : • creatinina : 		
11	Altri esami :	SI	NO	Date e risultati :
	• micro albuminuria o proteinuria :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risultati di laboratorio :
	• fondo dell'occhio / fluoroangiografia :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ECG/prova da sforzo :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12	Esiste / esistono complicanze del diabete :			Se si, precisare :
	• cardio-vascolare (arterite, insufficienza coronarica, infarto, cerebrovascolare, altre) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• della vista ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• nervosa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	• renale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• cancrena, dolore perforante alla pianta del piede a causa del diabete ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	E' stato assente da lavoro a causa del diabete ed eventuali complicanze, per un periodo superiore a 15 giorni nel corso degli ultimi 5 anni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se si, data (e) e motivo (i)

Luogo..... , data..... 20 ..

Firma e timbro del Medico

La Compagnia prega l'assicurato di comunicare al Medico-Consulente, sotto forma confidenziale, i vari documenti medici in suo possesso che potrebbero facilitare la valutazione del suo stato di salute. Si eviterà pertanto un'eventuale visita medica o altri esami che la Compagnia si riserva il diritto di richiedere al momento della sottoscrizione del contratto.