



DIREZIONE SANITARIA : MODULO RACCOLTA INFORMAZIONI

A.c.a. Dr _____
Medico curante
del/la volontario/a
sig./ra _____

Gent. Collega

Richiedo la tua cortese collaborazione in qualità di medico curante del Milite volontario che ti consegnerà questa lettera. Come saprai il servizio di Emergenze e Urgenza per il territorio di Brescia e provincia è stato affidato ad AREU. L'AREU è un'Azienda Sanitaria attivata il 2 aprile 2008 (delibera della Giunta regionale n° VIII/6994) con il compito di promuovere l'evoluzione del sistema di emergenza e urgenza sanitaria territoriale, sviluppando l'integrazione a rete dell'assistenza intra ed extraospedaliera e migliorando il percorso di cura del paziente con patologie acute e complesse. Il modello adottato da AREU prevede una stretta collaborazione con le istituzioni e una reale partecipazione sussidiaria della Società civile, attraverso l'insostituibile ruolo delle Associazioni di volontariato del soccorso, che non a caso entrano, attraverso la Consulta, nell'effettivo governo di AREU.

Tale collaborazione con Areu, prevede la verifica della idoneità psicofisica dei militi volontari che svolgeranno tale servizio. Non essendo organizzativamente possibile sottoporre tutti i militi agli esami chimico-strumentali di routine (ematici, RX torace, ECG), ed essendo il proprio medico di base in prima persona a conoscere la storia clinica dei propri pazienti, ti chiedo cortesemente la collaborazione, segnalando se il tuo assistito è affetto da patologie importanti.

A tale scopo ti chiedo di compilare il modulo allegato e consegnarlo al tuo paziente con timbro e firma.

I dati forniti saranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy

Grazie per la gentile collaborazione.

Il direttore sanitario
FERRARI D.ssa ALBAROSA

Il sottoscritto _____ in qualità di medico curante del sig./ra _____
_____ dichiaro che in base ai dati in mio possesso e a quanto dichiarato dal paziente
stesso, la sua situazione sanitaria attuale è la seguente:

Malattie cardiovascolari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epatopatie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Diabete	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie psichiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> pregresso
Malattie neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> pregresso
Abuso di alcolici	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> pregresso
Uso di stupefacenti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> pregresso
Uso di psicofarmaci	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> pregresso
Patologia colonna vertebrale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> pregresso
Patologie arti inferiori e/o superiori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> pregresso

Informazioni sanitarie generiche:

VACCINAZIONE ANTITETANICA (allegare copia cartellino)

1° ___/___/___ 2° ___/___/___ ULTIMO RICHIAMO ___/___/___

VACCINAZIONE ANTIEPATITE VIRALE TIPO B (allegare copia cartellino)

1° ___/___/___ 2° ___/___/___ ULTIMO RICHIAMO ___/___/___

Data _____ timbro e firma _____