



SOSD MEDICO COMPETENTE
Via Conca,71 – 60020 Ancona
tel.: 0715964309
fax: 071 5964301

QUESTIONARIO ALLERGOLOGICO PREASSUNTIVO PER LAVORATORI DEL COMPARTO SANITARIO

Cognome e Nome _____

Data di Nascita _____

Mansione _____

SEZIONE 1

SA DI ESSERE ALLERGICO AL LATTICE ? (S) (N)

**HA NOTATO LA COMPARSA DELLE SEGUENTI REAZIONI DOPO CONTATTO CON GUANTI E/O
ALTRI MANUFATTI DI GOMMA E/O DI LATTICE ?**

Orticaria	(S) (N)
Gonfiore al viso o alle labbra	(S) (N)
Arrossamento occhi o gonfiore alle palpebre	(S) (N)
Eczema alle mani	(S) (N)
Raffreddore e/o prurito nasale	(S) (N)
Congiuntivite	(S) (N)
Asma	(S) (N)
Shock anafilattico	(S) (N)

**HA AVUTO REAZIONI ALLERGICHE DOPO ASSUNZIONE O CONTATTO CON I SEGUENTI
ALIMENTI/PIANTE ?**

Banana	(S) (N)
Kiwi	(S) (N)
Castagna	(S) (N)
Arachide	(S) (N)
Avocado	(S) (N)
Papaya	(S) (N)
Ananas	(S) (N)
Ficus benamina	(S) (N)

SEZIONE 2

QUALCUNO FRA I SUOI PARENTI STRETTI SOFFRE DI QUALCHE PATOLOGIA ALLERGICA
ACCERTATA ? (S) (N) SE SI QUALE ? _____

HA MAI AVUTO MALATTIE DELLA PELLE ? (S) (N) SE SI QUALI ? _____

HA MAI AVUTO UNA DERMATITE AL LOBO DELL'ORECCHIO ? (S) (N)
HA MAI AVUTO UNA DERMATITE ALLE MANI ? (S) (N)



SOSD MEDICO COMPETENTE
Via Conca,71 – 60020 Ancona
tel.: 0715964309
fax: 071 5964301

UN MEDICO LE HA MAI DIAGNOSTICATO UNA ORTICARIA ? (S) (N)

HA MAI AVUTO PRURITO AL NASO E CRISI RIPETUTE DI STARNUTI (non considerare il comune raffreddore) (S) (N)

UN MEDICO LE HA MAI DETTO CHE SOFFRE DI RINITE ALLERGICA ? (S) (N)

HA MAI SOFFERTO DI CRISI RIPETUTE DI BRUCIORE E/O PRURITO OCULARE CON AUMENTO DELLA LACRIMAZIONE ? (S) (N)

UN MEDICO LE HA MAI DETTO CHE SOFFRE DI CONGIUNTIVITE ALLERGICA ? (S) (N)

HA MAI AFFANNO ? (S) (N)

HA MAI AVUTO CRISI DI MANCANZA DI RESPIRO ? (S) (N)

HA MAI AVUTO FISCHI E SIBILI SUL TORACE ? (S) (N)

UN MEDICO LE HA MAI DETTO CHE SOFFRE DI ASMA BRONCHIALE ? (S) (N)

E' ALLERGICO A QUALCHE METALLO ? (S) (N) SE SI A QUALE/I ? _____

E' ALLERGICO A QUALCHE MEDICINA ? (S) (N) SE SI A QUALE/I ? _____

E' ALLERGICO A QUALCHE VACCINO ? (S) (N) SE SI A QUALE/I ? _____

E' ALLERGICO A QUALCHE ALIMENTO O BEVANDA ? (S) (N) _____

E' ALLERGICO ALLE PUNTURE DEGLI INSETTI ? (S) (N)

E' ALLERGICO A QUALCHE PROFUMO, SAPONE, DETERGENTE, DEODORANTE, DISINFETTANTE? (S) (N)

E' ALLERGICO A QUALCHE COSMETICO ? (S) (N)

E' ALLERGICO AI CEROTTI ? (S) (N)

SOFFRE DI QUALCHE ALTRO TIPO DI ALLERGIA ? (S) (N) SE SI QUALE ? _____

Data e Firma del Lavoratore _____