

Autocertificazione viaggiatori

P.F. scrivere in stampatello

Cognome		Etichetta AMB Viaggio
Nome		
Data di nascita		
Residenza		
Nazionalità		
Telefono		

Destinazione
Data di partenza
Motivo del viaggio lavoro turismo permanenza altro
Durata del soggiorno N. giorni
Condizioni viaggio semplici buone lusso
Primo viaggio nei paesi tropicali? SI NO
Inviato dal medico curante? SI NO

Soffre attualmente di uno dei seguenti problemi?			
Febbre	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Malattia cronica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Complicazione alle vaccinazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Allergie (uova, vaccini)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Psoriasi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Tumori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Disturbi neurologici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Disturbi cardiovascolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Deficit immunitari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Disturbi dell'area emotiva/psichica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Disturbi della coagulazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Altre malattie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Assume farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Gravidanza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ha problemi di salute?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Elenco farmaci/allergie/osservazioni:			



È d'accordo di ricevere, quale promemoria, un SMS il giorno precedente il suo appuntamento?

SI

NO

Per favore informi il medico se soffre di una malattia del sistema immunitario, ha allergie e assume farmaci!

In caso di vaccinazione contro febbre gialla, morbillo, orecchioni, rosolia, è raccomandato di evitare una gravidanza nelle 4 settimane che seguono la vaccinazione.

Luogo, data

Firma

*Fare click sul pulsante
per inviare il modulo al
Servizio Malattie infettive*