

Regolamento per l'ammissione ed il funzionamento del G.O.S.T.**SCHEDA SANITARIA INDIVIDUALE**

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale _____ Comitato Regionale _____

Comitato Locale _____ nr. Brevetto NBCR _____

ANAMNESI:**1. SOCIALE:**

- Età _____
- Occupazione _____

2. FISIOLOGICA

- Ricorda CME CME mancante _____
- Menarca _____ Ultima mestruazione _____
- Gravidanze _____ Cesareo _____ Aborti _____ Spontanei _____
- Alvo: regolare stitico diarroico alterato _____
- Diuresi: regolare pollachiuria anuria disuria nicturia _____
 alterata
- Sonno: regolare alterato _____ uso di ipnotici
quali _____ dosaggio _____
- Alimentazione: normale abbondante scarsa dieta _____

- Alcolici: <0,5L <1L <1,5L <2L NO
- Caffè: <2/die <4/die >4/die NO
- Sigarette/Sigari: <10/die <20/die <30/die <40/die >40/die NO
- Droghe: tipo _____
- Peso (in Kg) _____ Altezza (in Cm.) _____
- Circonferenza addominale (in cm) _____
- IMC (in Kg/m²) _____

Regolamento per l'ammissione ed il funzionamento del G.O.S.T.**2. ANAMNESI FAMILIARE****(padre, madre, fratelli, sorelle, coniuge, figli, nipoti: segnalare la causa della morte)**

familiari→	padre	madre							
numero→									
patologie↓									
Vivente									
Deceduto									
IMA									
ICTUS									
Tumore benigno									
Tumore maligno									
Diabete									
Ipertensione									
Asma									
Altro									

Allergia a farmaci: no sì:

Allergia ad altro: no sì

Regolamento per l'ammissione ed il funzionamento del G.O.S.T.

ESAME OBIETTIVO:

- Cute: indenne _____

- Linfonodi superficiali: indenni cervicali ascellari inguinali

- Occhi: indenni alterazioni _____

Visus naturale OD _____ Corretto _____ Con _____

Visus naturale OS _____ Corretto _____ Con _____

Senso cromatico _____ senso stereoscopico _____

- Orecchio esterno: _____

Udito (mt) AUD _____ Udito (mt) AUS _____

Regolamento per l'ammissione ed il funzionamento del G.O.S.T.

- Polmonare:

- **tipo di respiro** _____

- **Visivo:** pareti simmetriche asimmetriche ipomobili immobili

-
- **Palpazione: emitorace:** normale ipomobili immobili

-
- **Percussione:** basi mobili ipomobili immobili

-
- **Auscultazione** normali ipofonesi iperfonesi

-
- **SpO2:** _____

- **M.V.:** normale diminuito aumentato

- **F.V.T.:** normale diminuito assente aumentato

- Apparato cardiocircolatorio:

- **PA** _____ / _____ **FC** _____

- **Ritmo:** regolare non regolare

- **Itto della punta:** visibile/palpabile non visibile/non palpabile

- **T1 e T2** _____

- **Altri toni** _____

- **Soffi:** non presenti presenti: _____

-
- **Mammelle:** indenni altro _____

- Addome:

- normale cicatrici ernie altro:

-
- trattabile non dolente altro:

Regolamento per l'ammissione ed il funzionamento del G.O.S.T.

presenza di ascite

assenza di peristalsi

Fegato: non palpabile palpabile: (valutare dolorabilità, consistenza, superficie, altro)

Milza: non palpabile palpabile: (valutare dolorabilità, consistenza, superficie, altro)

- **Apparato uro-genitale:** nella norma giordano positivo dx giordano positivo sn

altro: _____

- **Apparato muscolo-scheletrico:**

tono muscolare: normale altro:

- **Ossa:** nella norma alterazioni: cranio rachide arti sup. arti inf.

- **Neurologico :**

stato di coscienza: vigile altro: _____

loquela: normale altro: _____

memoria: conservata altro: _____

Regolamento per l'ammissione ed il funzionamento del G.O.S.T.

NOTE:

GIUDIZIO ACCERTAMENTO SANITARIO:

- IDONEO al Ruolo OPERATIVO**
- IDONEO al Ruolo di Supporto tecnico**
- NON IDONEO**

_____, _____
(Luogo) (Data)

Il medico

Il candidato (per accettazione)

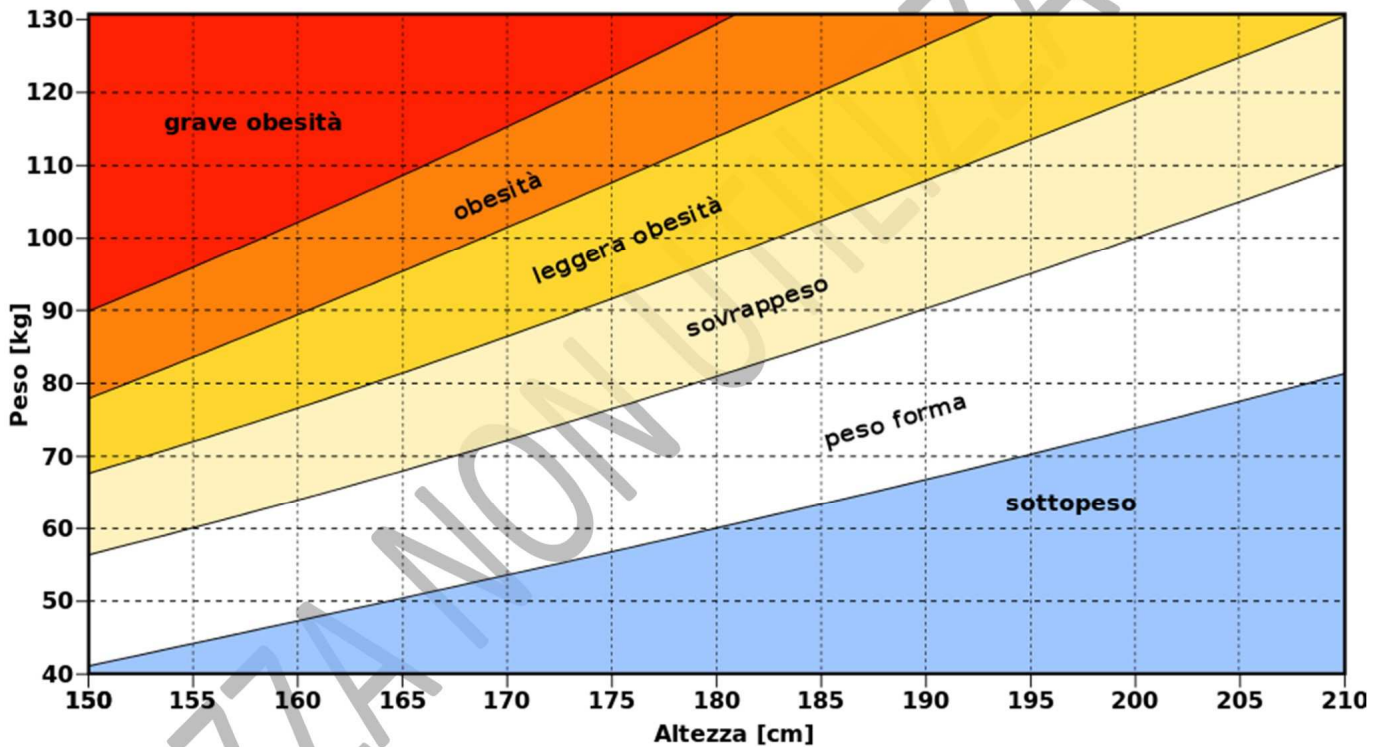
METODO DI CALCOLO DELL'INDICE DI MASSA CORPOREA

L'Indice di Massa Corporea (IMC, kg/m²) si calcola dividendo il peso, espresso in kg per il quadrato dell'altezza, espressa in metri, come indice indiretto di adiposità.

$$IMC (kg/m^2) = \frac{Peso (kg)}{Altezza^2 (m)}$$

fonte: Ministero della Salute

GRAFICO DELL'INDICE DI MASSA CORPOREA



INTERPRETAZIONE DELL'INDICE DI MASSA CORPOREA

Grave magrezza (< 16,00)	Sottopeso (16,00-18,49)	Normopeso (18,50-24,99)	Sovrappeso (25,00-29,99)	Obeso classe 1 (30,00-34,99)	Obeso classe 2 (35,00-39,99)	Obeso classe 3 (≥ 40,00)
--	--	--	---	---	---	---

Regolamento per l'ammissione ed il funzionamento del G.O.S.T.

ESITO ACCERTAMENTI SANITARI

Il sottoscritto _____
(Cognome e nome)

Qualifica professionale _____

Iscritto all'albo dei _____ n° _____

Appartenente al Comitato CRI di _____

Dopo aver valutato gli esiti degli esami clinici previsti ed aver sottoposto l'aspirante ad accurata visita medica giudica

L'operatore N.B.C.R.: _____ CF _____

***FISICAMENTE IDONEO A PRESTARE SERVIZIO NEL
GRUPPO OPERATIVO DI SUPPORTO TATTICO (G.O.S.T.)***

Se ne suggerisce inoltre l'impiego nel

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Ruolo OPERATIVO</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ruolo di SUPPORTO TECNICO</i> |

(Luogo)

(Data)

Il medico

(firma e timbro)