



## Esame d'idoneità medica per l'abilitazione a svolgere attività rilevanti per la sicurezza nel settore ferroviario

(il modulo rimane in possesso del medico che effettua l'esame)

### Allegato 1: Direttiva UFT medica

Esame: <input type="checkbox"/> primo esame d'idoneità medica <input type="checkbox"/> controllo periodico <input type="checkbox"/> controllo straordinario	<b>Da compilare da parte della persona che presenta la richiesta. Confidenziale</b>	
Cognome:	Nome:	Data di nascita:
Sesso: <input type="checkbox"/> maschile <input type="checkbox"/> femminile	Professione:	Indirizzo privato:
Datore di lavoro: da quando?	Attuale attività:  Grado di occupazione (in %):	Ultimo controllo medico in ambito ferroviario: Data: Medico che ha effettuato il controllo:

È mai stato/a dichiarato/a inabile alla guida di veicoli motore / attività rilevanti per la sicurezza? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
Se sì:	Data: Medico che ha effettuato il controllo: Dettagli:
Attualmente soffre di disturbi di salute? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Se sì: quali?	Dalla data dell'ultimo controllo/test, ha avuto incidenti o disturbi di salute durante la Sua attività o in relazione con essa? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Se sì: dettagli
Negli ultimi cinque anni ha sofferto di malattie oppure subito incidenti, ferite, avvelenamenti che hanno reso necessari una degenza in ospedale e/o un intervento chirurgico? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Se sì: quali?	Negli ultimi cinque anni la Sua inabilità al lavoro si è protratta per più di quattro settimane? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Se sì: quando e perché?
Attualmente assume farmaci? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Se sì: nome, dose, da quando, motivo:	Fuma? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ex fumatore/fumatrice da: <input type="checkbox"/> sì Se sì: cosa, quanto:
Fa uso di bevande alcoliche? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Se sì: quali? Quantità e frequenza settimanali:	Fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti o droghe? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì Quando per l'ultima volta? Quali? Quanto spesso?

**Ha o ha mai avuto uno dei seguenti disturbi?** (Rispondere a ciascuna domanda con un sì o con un no; se sì, precisare nelle "Osservazioni"):

	Sì	No		Sì	No		Sì	No		Sì	No
Malattie agli occhi/ Operazioni agli occhi			Sindrome da apnea del sonno			Malattie dell'apparato cardiocircolatorio			Diabete mellito		
Capogiri, svenimenti, perdita di conoscenza			Disturbi psichici			Malattie dell'apparato gastro-enterico			Tumori		
Disturbi del sonno			Trattamento di disintossicazione da abuso di alcol, droghe o farmaci			Sordità / Malattie alle orecchie			Malattie croniche dei reni		
Epilessia, crisi, paralisi			Asma o malattie dei polmoni			Malattie del sangue (p. es. anemia)			Per le donne: è incinta?		

#### Osservazioni:

Dichiaro di avere compilato accuratamente il presente modulo e di non aver omesso informazioni importanti né di avere fornito dati falsi.

**Luogo, data:**

**Firma del/della richiedente:**



Osservazioni del medico in merito a:

Anamnesi familiare: (malattie mentali, alcolismo, diabete, altre malattie del metabolismo, ipertensione /  
malattie cardiache, epilessia, glaucoma)

Situazione sociale:

Anamnesi intermedia:

Tempo libero ed elementi che influiscono sulla salute:

Anamnesi personale (solo alla prima visita):

Anamnesi professionale dettagliata (solo alla prima visita):

**Candidato** Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Esame: <input type="checkbox"/> primo esame <input type="checkbox"/> controllo periodico <input type="checkbox"/> controllo straordinario	<b>Livello di requisiti:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<b>Altezza:</b>  <b>Peso:</b>  <b>BMI:</b>	<b>Pressione sanguigna:</b> - sistolica: - diastolica:	<b>Battito cardiaco a riposo:</b> - frequenza: - ritmo:
<b>Esame clinico:</b>	Normale      Anormale			Normale      Anormale
1) Testa, collo, tiroide			8) Organi digestione, addome; reni	



## Esame d'idoneità medica per l'abilitazione a svolgere attività rilevanti per la sicurezza nel settore ferroviario

(il modulo rimane in possesso del medico che effettua l'esame)

Candidato Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Esame: <input type="checkbox"/> primo esame <input type="checkbox"/> controllo periodico <input type="checkbox"/> controllo straordinario	Livello di requisiti: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Altezza:  Peso:  BMI:	Pressione sanguigna: - sistolica:  - diastolica:	Battito cardiaco a riposo: - frequenza:  - ritmo:
2) Cavità orale, gola, naso		9) Estremità		
3) Orecchie, timpano		10) Schiena		
4) Occhi (pupille, mobilità, nistagmo)		11) Sistema nervoso		
5) Polmoni, torace		12) Psiche		
6) Cuore		13) Pelle		
7) Sistema vascolare		14) Nodi linfatici		
		15) Impressione generale		

Osservazioni: (reperti patologici, commenti) (utilizzare il retro)

Acutezza visiva: i requisiti sono rispettati?\* ☐ sì ☐ no Occhiali\*\*:  
☐ sì ☐ no Lenti a contatto ☐ sì ☐ no

Da lontano senza correzione:	Occhio destro	Occhio sinistro	Entrambi gli occhi	Da vicino senza correzione:	Occhio destro	Occhio sinistro	Entrambi gli occhi		
correzione:				correzione:					
occhiali	sph	cil	sph	cil	occhiali	sph	cil	sph	cil

\*Secondo l'allegato 3 della direttiva "Esami di idoneità medica"

Percezione dei colori: i requisiti sono rispettati?\* ☐ sì ☐ no

\*\*Per la correzione massima delle lenti v. allegato 3 della direttiva  
(test di percezione dei colori effettuato di regola solo in occasione del primo esame)

Tavole di Ishihara (versione di 24 tavole)  
(il test sui colori è superato se le prime 15 tavole sono lette senza errori e senza esitazioni)  
Le prime 15 tavole sono state lette correttamente, senza dubbio alcuno? ☐ sì ☐ no

2. Test sulla percezione dei colori:  
Quale? (Velhagen o Farnsworth)

Indizi di disturbi della percezione dei colori? ☐ sì ☐ no

Campo visivo: i requisiti sono rispettati? ☐ sì ☐ no

\* Secondo l'allegato 3 della direttiva "Esami di idoneità medica"

Ulteriori esami:

Udito: i requisiti sono rispettati?\* ☐ sì ☐ no

Hz	500	1000	2000	3000	4000	5000		Normale / negativo	Anormale / positivo
a destra							ECG a riposo		
a sinistra							Esami chimici di laboratorio <sup>1</sup>		
Osservazioni:							Hb, quadro ematologico diff.		
							Analisi delle urine (cartine reagenti)		
							Test antidroga <sup>2</sup>		

\*Secondo l'allegato 3 della direttiva "Esami di idoneità medica"

<sup>1</sup>In caso di bisogno

<sup>2</sup>Solo al primo esame / se si sospetta consumo di droga

Ulteriori esami (solo su indicazione specifica):

Tipo d'esame	Normale	Anormale	Osservazioni

Diagnosi / Osservazioni:

(indicare nel modulo "Allegato 2" la valutazione dell'idoneità / limitazioni / condizioni)

Data, timbro, firma del medico che ha effettuato l'esame: