



Di seguito l'elenco di tutti i dati che verranno richiesti e che poi saranno prodotti nella CARD.

Nota bene: Non tutti i dati richiesti sono obbligatori per l'emissione della Card.

Ovviamente più informazioni verranno inserite, maggiore sarà l'aiuto che la Card potrà dare in caso di bisogno e necessità.

Abbi cura di avere tutti i dati riportati qui sotto durante la registrazione.

Protezione Salute <small>CARD</small>		n. AZ123456
		28/04/2020 <small>SCADENZA - EXPIRY DATE</small>
Contiene le informazioni rilevanti sulla Salute di:		
<small>NOME E COGNOME - NAME AND SURNAME</small>		
Maria Giuseppe Filippini		
<small>GRUPPO SANG. - BLOOD GROUP</small>	<small>DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH</small>	
AB Rh+	23/12/1967	
<small>CODICE FISCALE - FISCAL CODE</small>		
FLPMGS67T23H501H		
<small>INDIRIZZO - ADDRESS</small>		
Piazza di Porta Romana 176 - Roma RM		
<small>IN CASO DI EMERGENZA CONTATTARE IN CASE OF EMERGENCY CONTACT</small>		
Paolo Filippini 333 1234567 Elisabetta Prampolini 333 1234567		
<small>MEDICO CURANTE O ALTRO MEDICO - DOCTOR</small>		
Giovanni Massa 333 1234567		
<small>ALTEZZA - HEIGHT</small>	<small>PESO - WEIGHT</small>	<small>DIABETE - DIABETES</small>
177 cm	85 kg	SI - YES

- ✓ Cognome e nome
- ✓ Telefono e indirizzo e-mail
- ✓ Data di nascita e Codice fiscale
- ✓ Indica il tuo gruppo sanguigno
- ✓ Indirizzo di residenza o domicilio
- ✓ Indica cognome, nome e numero di telefono di due persone da contattare in caso di emergenza
- ✓ Indica cognome, nome e numero di telefono di un medico (curante o altro) da contattare in caso di emergenza
- ✓ Indica la tua altezza e il tuo peso
- ✓ Specifica se sei diabetico

<small>OCCHIALI - GLASSES</small>	<small>LENTI A CONTATTO - CONTACT LENSES</small>
SI - YES	NO
<small>PATOLOGIE OFTALMICHE - OPHTHALMIC DISEASES</small>	
nessuna - none	
<small>PATOLOGIE COAGULATIVE - COAGULATORY DISEASES</small>	
Emostasi primaria, Fibrinolisi	
<small>PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI - CARDIOVASCULAR DISEASES</small>	
nessuna - none	
<small>ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI - ALLERGIES AND FOOD INTOLERANCES</small>	
nessuna - none	
<small>INTERVENTI RILEVANTI E PROTESI - CONSIDERABLE SURGERIES AND PROSTHESIS</small>	
Bypass 07-2012	
<small>FARMACI ABITUALI - HABITUAL DRUGS</small>	
Difmetrè dosaggio basso, Cardioaspirina	
<small>ALTRE INFORMAZIONI - OTHER INFORMATION</small>	
nessuna - none	

- ✓ Indica se porti gli occhiali
- ✓ Indica se usi lenti a contatto
- ✓ Specifica se hai o hai avuto patologie oftalmiche
- ✓ Specifica se hai allergie e/o intolleranze ai medicinali
- ✓ Specifica se hai o hai avuto patologie coagulative o hai avuto terapie anticoagulanti: emofilia, emostasi primaria, ecc.
- ✓ Specifica se hai o hai avuto patologie cardiovascolari: aritmie, infarto, ipertensione, etc.
- ✓ Specifica eventuali altre patologie che hai o hai avuto
- ✓ Specifica se hai subito interventi chirurgici rilevanti: pace maker, asportazione di organi, etc., e se hai protesi
- ✓ Specifica i farmaci assunti abitualmente
- ✓ Specifica altre informazioni ritenute utili