# LIFE BADGE

Ha appena acquisito un dossier sanitario personale. Congratulazioni! Perché le informazioni che indicherà sul questionario figurino figurino sulla sua scheda Life Badge, deve codificarle via Internet. A tale scopo, segua le indicazioni delle "istruzioni".

## Protesi

Lenti a contatto: ☐ si ☐ no
Occhio artificiale: ☐ si ☐ no
Apparecchio acustico: ☐ si ☐ no
Protesi dentale: ☐ si ☐ no

Occhiali: ☐ si ☐ no
Suole ortopediche: ☐ si ☐ no
Altra protesi: .....
.....

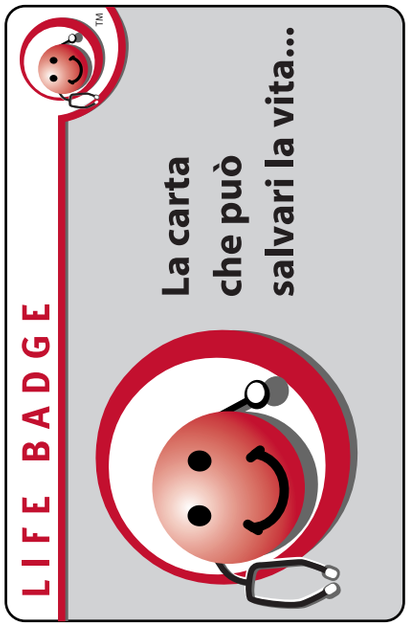
## Sangue/Organi

Accetto una eventuale trasfusione di derivati del sangue: ☐ si ☐ no
In caso di decesso, accetto di donare i miei organi: ☐ si ☐ no

## Altro

Professione: .....
.....

Varie: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



**Conservate queste istruzioni d'impiego, informazioni personali sulla vostra salute.**

**Ref. IT02901**

## Modo d'uso

1) Tenendo il LIFE BADGE in mano, grattate la parte grigia in basso a destra per scoprire completamente il vostro numero personale.

2) Da un qualsiasi computer, collegatevi ad Internet, digitate:
**www.lifebadge.org**

**xxx-xxxx-xxxx-xxxx-xx-xxxxxx**

Al posto delle "x", digitate le 23 cifre del vostro numero personale.

3) Scegliete una password.

4) Annoti qui il n° della sua scheda: .....-.....-.....-.....-.....- .....

Se teme di dimenticare il codice segreto: .....
In questo caso lo conservi al riparo da sguardi indiscreti.

5) Entrate nella parte "questionario" cliccando sulla piccola freccia in un cerchio rosso sulla destra dello schermo. Rispondete quindi (voce dopo voce cliccando sugli anelli del "classificatore" visualizzato a video). Registrate le informazioni al termine della procedura...

6) Conservate la carta LIFE BADGE nel portafoglio in modo che possa essere trovata facilmente al personale del pronto soccorso (ad esempio in caso di coma).

## Informazioni generali

Questo questionario è stato compilato con l'aiuto di un medico (se possibile): ☐ si ☐ no

Tel/cell. I persona da contattare: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tel/cell. II persona da contattare: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tel/cell. III persona da contattare: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Tel/cell. IV persona da contattare: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tel. medico curante/specialista |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Fax del medico curante/specialista: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Anno di nascita: |_|_|_|_|
Sesso: ☐ F ☐ M
Gruppo sanguigno: |0| |A| |B| |A|B|

Cognome: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nome: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Rhesus: |+| |-|

Note - assicurazioni: .....
Compagnia: ..... N° di polizza: .....
Compagnia: ..... N° di polizza: .....

### Allergie e intolleranze:

Aspirina: ☐ si ☐ no
Penicilline: ☐ si ☐ no
Sulfamidi: ☐ si ☐ no
Anestetici locali: ☐ si ☐ no
Lattice: ☐ si ☐ no
Iodio: ☐ si ☐ no
Antinfiammatori: ☐ si ☐ no
Insetti: ☐ si ☐ no

Prodotti di radiografia: ☐ si ☐ no
Cortisone o derivati: ☐ si ☐ no
Fruttuoso: ☐ si ☐ no
Galattosio: ☐ si ☐ no
Glutine: ☐ si ☐ no
Altro: .....
.....
.....

### Malattie ereditarie

Emofilia: ☐ si ☐ no
Porfiria: ☐ si ☐ no

Talassemia: ☐ si ☐ no
Altro: .....