

Staff Direzione Generale

**S.S.D. Medico Competente**

E-mail: medico.competente@asl4.liguria.it Tel.0185- 329355 Fax: 0185-329453

Responsabile del Procedimento: Dott. Raffaele Aloï

Io sottoscritto ..... lavoratore per la ditta: .....

CON LA MANSIONE DI: .....

### Allegato 3 - Questionario anamnestico per utilizzo di farmaci fotosensibilizzanti

1. Utilizza localmente per uso topico i seguenti farmaci:		
<input type="radio"/> Sulfonamidi e composti correlati	SI	NO
<input type="radio"/> Composti salicilanilidici (disinfettanti in saponi e deodoranti)	SI	NO
<input type="radio"/> Fenotiazine (creme, coloranti e insetticidi)	SI	NO
<input type="radio"/> Catrame e derivati (composti fenolici)	SI	NO
<input type="radio"/> Olii essenziali (profumi e acque di Colonia)	SI	NO
<input type="radio"/> Composti furocumarinici (psoraleni)	SI	NO
<input type="radio"/> Solfuro di cadmio (tatuaggi)	SI	NO
2. Assume abitualmente per via orale o parenterale i seguenti farmaci:		
<input type="radio"/> Amiodarone	SI	NO
<input type="radio"/> Diuretici tiazidici	SI	NO
<input type="radio"/> Clorpromazine e fenotiazine	SI	NO
<input type="radio"/> Acido nalidixico	SI	NO
<input type="radio"/> Antiinfiammatori non steroidei	SI	NO

**FAC SIMILE**

**Il lavoratore**

---

<input type="radio"/> Protriptilina	SI	NO
<input type="radio"/> Psoraleni	SI	NO
<input type="radio"/> Sulfonamidi (batteriostatici e antidiabetici)	SI	NO
<input type="radio"/> Tetracicline	SI	NO

**Il lavoratore**

\_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Il Medico Competente**

\_\_\_\_\_