

## **POLITICA PER LA SALUTE PER GLI STUDENTI IN FASE DI ISCRIZIONE**

### **QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE**

Congratulazioni per aver accettato un posto all'Accademia Italiana di Medicina Osteopatica. AIMO si impegna a fornire pari opportunità a tutti gli studenti, inclusi quelli con disabilità o particolari condizioni di salute, per completare i loro studi. Per consentirci di sostenerLa nei Suoi studi, abbiamo predisposto questo breve questionario. Vorremmo conoscere eventuali disturbi o condizioni di salute che potrebbero influenzare la Sua formazione e gli studi in modo che, ove opportuno, potremo consigliarLa su eventuali necessità di assistenza che potrebbe richiedere e come queste possano essere fornite. La maggior parte dei problemi di salute e invalidità, anche se sostanziali, non dovrebbero impedire necessariamente la Sua formazione o lo studio. AIMO vorrebbe assicurarsi che lei sia in grado, se necessario, di acquisire la capacità e le competenze cliniche fondamentali necessarie per qualificarsi come osteopata, di poter lavorare in sicurezza con i pazienti e con i Suoi colleghi e che gli altri studenti possano lavorare in sicurezza con Lei.

Il Suo è un corso pratico e questi risvolti pratici iniziano sin dai primi giorni di corso. Durante la Sua formazione Lei frequenterà regolarmente lezioni pratiche. Tuttavia, a causa della natura manuale del corso, Lei potrà incontrare risvolti pratici anche in altri settori. La invitiamo a raccontarci la Sua storia medica o qualsiasi altra preoccupazione per la Sua salute che potrebbe avere, affinché Lei sia in grado di proteggersi e avere cura di sé durante la Sua formazione e per darLe un eventuale supporto in base alle Sue necessità.

Questo questionario verrà inizialmente esaminato dallo Student Support Contact, dopo di che sarà conservato nel Suo file riservato memorizzato in Segreteria Accademica.

Qualora avesse un problema di salute o di una invalidità, lo Student Support Contact provvederà a disporre raccomandazioni riguardanti il supporto o gli aggiustamenti che potrebbero esserLe di aiuto, se fosse necessario. Se questi supporti fossero rilevanti per le tue esigenze educative, lo Student Support Contact potrebbe aver bisogno di confrontarsi con il Preside circa gli effetti del Suo problema di salute o di invalidità. Questo sarà fatto solo con il tuo consenso.

Lo studente che dichiara o pensi di avere un problema significativo di salute o una disabilità potrebbe essere valutato dalla Commissione Accademica. Questa Commissione potrebbe:

1. Considerare i problemi di salute o disabilità dello studente o del potenziale studente e raccomandare un ragionevole supporto, dove possibile, ai metodi di apprendimento e di esame.
2. Revisionare lo stato di salute e di abilità fisica dello studente con una malattia cronica o progressiva e suggerire nuovi supporti se necessario.

La preghiamo di rispondere a ciascuna delle seguenti domande, fornendo brevi informazioni su eventuali risposte "sì". Dovrebbe poi completare la dichiarazione nella Sezione D. Se ci darà informazioni sul Suo modulo indicanti la richiesta o disponibilità di un certo supporto allo studio, provvederemo a fissare per Lei un appuntamento con lo Student Support Contact e il Suo Course Leader per discutere le questioni sollevate e pianificare l'approccio migliore per i Suoi studi. Se fossero necessari ulteriori dettagli dal Suo medico di famiglia o da uno specialista, le potremmo chiedere di presentare ulteriori documenti. Quando avrà contattato il Suo medico di famiglia, potremo organizzare un'altra riunione con lo Student Support Contact e il Suo Course Leader per esaminare qualsiasi supporto necessario o richiesto per aiutarLa durante la Sua formazione in AIMO.

La preghiamo di completare TUTTE le sezioni presenti nel modulo. Questo modulo dovrà essere consegnato in Segreteria Amministrativa unitamente al Suo modulo di iscrizione.

Autore: Sara Marson, Responsabile Qualità

Data di pubblicazione: settembre 2017

SEZIONE A: INFORMAZIONI PERSONALI

<b>Cognome:</b>	
<b>Nome:</b>	
<b>Data di nascita:</b>	

SEZIONE B: SALUTE & CAPACITÀ MOTORIE

1. Ha qualche problema in uno di questi aspetti:

- a. Mobilità** es. camminare, fare le scale, stare in piedi  sì  no  
\_\_\_\_\_
- b. Agilità** es., piegarsi, allungarsi, inginocchiarsi  sì  no  
\_\_\_\_\_
- c. Destrezza** es. vestirsi, scrivere, utilizzare utensili  sì  no  
\_\_\_\_\_
- d. Sforzo fisico** es. sollevare, trasportare pesi, correre  sì  no  
\_\_\_\_\_
- e. Comunicazione** es. linguaggio, udito  sì  no  
\_\_\_\_\_
- f. Vista** es. Alterazioni della vista, daltonismo, riduzione del campo visivo  sì  no  
\_\_\_\_\_
- g. Apprendimento** es. dislessia, disgrafia, discalculia  sì  no  
\_\_\_\_\_

Se ha risposto **sì** ad una di queste domande, le chiediamo di fornirci alcuni dettagli (ad esempio: il grado di disabilità, come la gestisce, la necessità di supporti):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Ha mai richiesto speciali disposizioni a scuola o a lavoro per sopperire alla disabilità o al problema di salute? Es. Attrezzatura speciale, aggiunta di tempo per gli esami, lavoro part-time  
 sì  no

Se ha risposto **sì** ad una di queste domande, le chiediamo di fornirci alcuni dettagli:

---

---

---

3. Ha qualche problema in uno di questi aspetti:
- a. **Malattie croniche della pelle?** es. eczema, psoriasi  Sì  no

---

---

- b. **Disturbi neurologici?** Es. epilessia, sclerosi multipla  sì  no

---

---

- c. **Disturbi endocrini?** es. diabete  sì  no

---

---

Se ha risposto **sì** ad una di queste domande, le chiediamo di fornirci alcuni dettagli (es. quando si è sviluppata la malattia, severità, effetti, trattamento)

---

---

---

---

4. a. Attualmente sta assumendo farmaci o eseguendo un trattamento per una malattia cronica?  
 sì  no

Se ha risposto **sì**, le chiediamo di fornirci alcuni dettagli:

---

---

---

---

- b. Ha qualche disabilità o malattia non ancora citata che crede richieda supporto durante la sua formazione?

sì  no

Se ha risposto **sì**, le chiediamo di fornirci alcuni dettagli:

---

---

---

**Si assicuri di aver risposto a TUTTE le domande. Viceversa Sua valutazione non potrà essere completa.**

## SEZIONE C: LA SUA SALUTE

### 1. Registro vaccinale

La Sua formazione clinica le consentirà di sperimentare la varietà dell'osteopatia, frequentando il Centro di Formazione e Tirocinio Osteopatico (CFTO). Lo Stato italiano ha attualmente una politica che i professionisti sanitari siano immunizzati contro una serie di infezioni comuni. E' preferibile che lei mantenga aggiornate le Sue vaccinazioni per proteggere Se stesso e i Suoi pazienti.

Per garantire la protezione e il benessere sia dei pazienti che degli studenti, AIMO consiglia a tutti gli studenti di essere immunizzati contro l'epatite B e di assicurarsi che le vaccinazioni contro Polio, TBC, Tetano, Morbillo-Parotite-Rosolia, Difterite e Varicella siano aggiornate.

**Si chiede di contrassegnare e firmare, per indicare di aver letto e compreso questa affermazione:**

**Firma:** \_\_\_\_\_

### 2. Fare da modello durante le lezioni pratiche e gli esami

Una componente importante della Sua formazione per diventare un osteopata sarà sviluppare le competenze appropriate per poter esaminare, valutare e curare con successo i Suoi pazienti. Per apprendere e sviluppare queste abilità ad un livello adeguato, si prevede che sia in grado di fare da modello ai colleghi durante le lezioni pratiche e gli esami. Questo non solo consente ai Suoi colleghi di sviluppare le proprie capacità ma fare da paziente è un'importante opportunità di apprendimento anche per Lei. Siamo consapevoli che alcuni studenti hanno condizioni che non permettono di fare da un modello. Se questo è il Suo caso, Le chiediamo di indicare in questo modulo se dà il consenso a fare da modello per lezioni pratiche o gli esami.

**Do il consenso a praticare come modello durante le lezioni pratiche e gli esami, nel rispetto alle mie condizioni di salute al momento della richiesta di fare da modello, ma di volta in volta nel rispetto delle mie condizioni di salute, Es. traumi sportivi.**

**Data:** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

## SEZIONE D: ULTERIORI INFORMAZIONI

Se Lei avesse un problema di salute o una disabilità significativa, AIMO potrebbe necessitare ulteriori approfondimenti da Lei o dal Suo medico, per meglio comprendere il Suo stato di salute e la Sua necessità di supporto durante la Sua formazione. Le sarà richiesto il Suo consenso. In questo caso Le chiederemo di fornirci ulteriori informazioni o documenti con una mail formale inviata dalla Segreteria Amministrativa.

## SEZIONE E: DICHIARAZIONE (selezionare le caselle e firmare)

Le informazioni che ho fornito sul mio stato di salute e sulle mie capacità sono corrette, in questo momento, per quanto io ne sia a conoscenza.

Accetto le condizioni attraverso le quali i miei dati personali saranno trattati in linea con la Legge Italiana in merito alla Protezione dei Dati Personali.

Accetto di informare AIMO qualora vi siano cambiamenti riguardanti il mio stato di salute e le mie capacità durante la mia formazione.

**Data:** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_