

Cartella clinica/dati anagrafici

..... Data.....
Cognome e nome sesso m f
Indirizzo cap
Citta' provincia
Data e luogo di nascita ,
Professione
Telefono domicilio cellulare uff.....
e-mail
c.f p.iva
medico di famiglia recapito
chi l'ha inviata presso il nostro studio ?

Si prega di compilare il seguente questionario.

Anamnesi medica

Epatite virale	si	no	Di che tipo?.....
Enfisema/asma.....	si	no
Epilessia.....	si	no	Di che grado?.....
Perdita di forza.....	si	no	Riscontro.....
Malattie cardiache.....	si	no	Quali?.....
Uso di tranquillanti.....	si	no
Difficoltà di deglutizione.....	si	no
Disturbi della tiroide.....	si	no	Tipologia?.....
Traumi importanti.....	si	no	Quali?
Alterazioni della pressione.....	si	no	Alta o bassa?.....
Intolleranza ad alimenti.....	si	no	Quali?.....
Ulcere gastriche,duodenali.....	si	no	E' per questo in dieta controllata?.....
Altre malattie.....	si	no	Specificare.....
Diabete.....	si	no	Valori glicemici?.....
Malattie del sangue.....	si	no	Specificare.....
Malattie oculari.....	si	no	Specificare.....
Malattie renali.....	si	no	Effettua dialisi?.....
Malattie reumatiche/ossee.....	si	no	Da quanto?

Siete allergici a:

antibiotici..... quali.....
Aspirina.....
Sulfamidici..... quali.....
Anestetici..... quali.....
Altri farmaci..... quali.....
State prendendo farmaci?..... quali.....
Fate o avete fatto uso di droghe?..... quali.....
Gravidanza in atto?..... prende anticoncezionali?.....
Aggiungete qualsiasi informazione sul vostro stato di salute.....

Firma del paziente.....

