

Profilo Sanitario Sintetico - Patient Summary

Cognome assistito: ASSISTITOPROVA	Nome assistito: MODENA UNO	CF: SSSMNN75B01F257L
Comune Nascita:	Data Nascita: 01/02/1975	Domicilio: VICOLO DEL collaudo - 43100 - MODENA
Medico: PROGETTOSOLE medicoprova	Email Medico:	CF medico: MDCPGT60R02A045R

Stato Funzionale del Paziente

Data	Descrizione	Valore
25/11/2015	Capacita' motoria	Assistito

Fattori di rischio (Stili di vita)

Data	Descrizione	Valore
07/11/2022	Attività fisica	Tipo Attività: Pesante
07/11/2022	Attività fisica	Tipo Attività: Leggera
25/11/2015	Sigarette al giorno: 24	Fumatore: Sì, Numero di sigarette al giorno: 24, Fuma da: 10/09/2014
25/11/2015	Bevande alcoliche al giorno	Vino (12%vol) - Nr. bicchieri 133cc a settimana: 5, Birra (5%vol) - Nr. bottiglie 330cc a settimana: 5, Amari/limoncello (30%vol) - Nr. bicchierini 40cc a settimana: 1, Grappa/Whisky/Cognac/Vodka (40%vol) - Nr. bicchierini 30cc a settimana: 1, Vino passito/Aperitivi (16%vol) - Nr. bicchierini 40cc a settimana: 1, Consumo etanolo settimanale (in grammi): 153, Consumo: Normale
25/11/2015	Dieta e nutrizione	Tipo di Alimentazione: Onnivora
25/11/2015	Impiego attuale	Professione: impiegato, Tempo Esposizione in Anni: 10, Tipo Rischio: Agenti Fisici

Lista dei Problemi

Data Inizio	Descrizione	Gravità	Stato
19/12/2023		Low	active
14/11/2023		Low	active
04/05/2023		Low	active
25/05/2022		Low	active
10/02/2022	NEVRASTENIA	Low	active

Allergie, Intolleranze ed Allarmi

Data Inizio	Data Fine	Descrizione	Codice
29/04/2024		ANAMNESI PERSONALE DI ALLERGIA AI LATTICINI	V1502

Protesi, Impianti e ausili

Data	Descrizione	Valore
------	-------------	--------

Terapia farmacologica

Data Inizio	Data Fine	Descrizione	Dose	AIC
		TRULICITY*4PEN 0,75MG 0,5ML	1.0	043783024
		TACHIPIRINA*12CPR EFF 1G	1.0	012745143
		TRULICITY*4PEN 0,75MG 0,5ML	1.0	043783024

Anamnesi Familiare

Data	Familiarita'	Grado parentela	Testo
19/12/2023	ANAMNESI PERSONALE DI ALLERGIA AI LATTICINI	child	Codifica: ICD9, Codice e Descrizione: E9196 - INCIDENTE CAUSATO DA MACCHINARIO - MACCHINARIO DI TRASMISSIONE, Grado di parentela: FRATELLO/SORELLA, Ramo di parentela: PATERNO, Note: Nota ana fam fratello
19/12/2023	ANAMNESI PERSONALE DI ALLERGIA AI LATTICINI	father	Codifica: Nessuna codifica, Codice e Descrizione: - TEST DI MODIFICA, Grado di parentela: FIGLIO/FIGLIA, Deceduto: Sì, Causa del decesso: MORTO, Note: NOTA SU DECESSO, Ramo di parentela: PATERNO, Note: INSERISCO QUALCOSA

Vaccinazioni

Data	Tipo Vaccino	Farmaco	ATC
------	--------------	---------	-----

Assenso/Dissenso donazione organi

Parametri Vitali

Data	Parametro	Valore
20/07/2015	Pressione sistolica - mm[Hg]	160
20/07/2015	Pressione diastolica - mm[Hg]	80
20/07/2015	Frequenza cardiaca - /min	72
18/08/2015	Pressione sistolica - mm[Hg]	90
18/08/2015	Pressione sistolica - mm[Hg]	100

Gravidanze, parto e stato mestruale

Data	Descrizione	Testo
	Gravidanze	0
	Aborti	0
	Stato Mestruale	

Visite e Ricoveri

Data Ingresso	Data Dimissione	Diagnosi
19/12/2023	19/04/2024	Ricovero

Indagini diagnostiche e esami di laboratorio

Data	Descrizione	Esito			
22/04/2024	COLESTEROLO LDL - sangue COLESTEROLO LDL - sangue	Analita	Val ore	Ran ge	Unita' Misura
		COLESTEROLO LDL - sangue	33	Min: - Max: -	N/A

Piano di Cura

Data	Descrizione
19/12/2023	COLESTEROLO LDL - sangue

Piano di Cura Terapie

Data Inizio	Data Fine	Descrizione	ATC
19/12/2023	19/04/2024	DULAGLUTIDE	A10BJ05