

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	AGRILLO	<b>Nome</b>	VINCENZO	<b>Anno di nascita</b>	1998	<b>Cartella clinica n.</b>	1930/1
----------------	---------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

## ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

**GENERALITÀ DELL'ASSISTITO:**

Cognome **AGRILLO** Nome **VINCENZO** nato a **Pomigliano d'Arco** il **24/11/1998**  
 residente a **Pomigliano d'Arco (NA)**, in **Via Niccolo' Piccinni**  
 ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **GRLVCN98S24G812C**

Telefono: **3348420919**

**CONTATTI DI RIFERIMENTO:**

Grado di Parentela o Titolo di rappresentanza:

Cognome Nome a il residente a , in

Codice Fiscale:

Telefono:

Documento Riconoscimento:

**MEDICO PRESCRITTORE:**

**DIAGNOSI:**

**EVENTUALI NOTE:**

Postumi di intervento per lesione del LCA

## ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

**ANAMNESI FAMILIARE:**

ANAMNESI FAMILIARE

**Madre deceduta:** No n.d.

**Padre deceduto:** No n.d.

**Fratelli viventi:** 2 F

**Deceduti:** n.d. – **Causa:** n.d.

**Malattie ereditarie:** si

**Tumori:** no

**Familiarità/Patologie:** si

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	AGRILLO	<b>Nome</b>	VINCENZO	<b>Anno di nascita</b>	1998	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>1930/1</b>
----------------	---------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	---------------

**Note:** ipertensione arteriosa

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	AGRILLO	<b>Nome</b>	VINCENZO	<b>Anno di nascita</b>	1998	<b>Cartella clinica n.</b>	1930/1
----------------	---------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

**ANAMNESI FISIOLOGICA:**

<b>Nato da parto eutocico</b>	NO	n.d.
<b>Sviluppo Psicomotorio</b>	SI	n.d.
<b>Menarca</b>	NO	n.a.
<b>Menopausa</b>		n.d.
<b>Alvo regolare</b>	SI	n.d.
<b>Diuresi regolare</b>	SI	n.d.
<b>Cateterizzato</b>	NO	n.d.
<b>Allergie alimentari</b>	NO	n.d.
<b>Appetito normale</b>	SI	n.d.
<b>Alcolici</b>	NO	Quantità in ml/die: n.d.
<b>Fumo</b>	NO	Quantità pro die:

**ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**
**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:**

<b>Malattie Infettive</b>	SI	ESantemi dell'infanzia
<b>Malattie App. cardiovascolare</b>	NO	n.d.
<b>Malattie App. respiratorio</b>	NO	n.d.
<b>Malattie App. digerente</b>	NO	n.d.
<b>Malattie App. urinario</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Sistema Emopoietico</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Sistema Nervoso</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Veneree</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Neoplastiche</b>	NO	n.d.
<b>Traumi</b>	NO	n.d.
<b>Interventi Chirurgici</b>	SI	Ricostruzione LCA ginochhio
<b>Emotrasfusioni</b>	NO	n.d.
<b>Reazioni Trasfusionali</b>	NO	n.d.
<b>Allergie ai farmaci /Altre Allergie</b>	NO	n.d.
<b>Malattie internistiche e muscolo-scheletriche</b>	NO	n.d.

**NOTE:**
**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Giunge alla nostra osservazione per effettuare valutazione fisiatrica

**ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	AGRILLO	<b>Nome</b>	VINCENZO	<b>Anno di nascita</b>	1998	<b>Cartella clinica n.</b>	1930/1
----------------	---------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

*ESAME OBIETTIVO GENERALE*

**Tipo costituzionale:** Normotipo

**Decubito:** indifferente

**Età 24 Peso Kg.: 60 Altezza cm.: 170**

**Pressione:** n.d. **Polso:** **Respiro:** eupnoico

**Temperatura:** n.d. **Saturazione:** n.d.

**Sensorio:**

**Cute:** presenza di cicatrici cutanee

**Pannicolo adiposo:** normorappresentato

**Linfoghiandole palpabili:** NO

**Apparato locomotore:** Non indenne

**ANAMNESI RIABILITATIVA:**

n.d.	
------	--

**Data**

14/03/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici  
Chirurghi ed Odontoiatri

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	AGRILLO	<b>Nome</b>	VINCENZO	<b>Anno di nascita</b>	1998	<b>Cartella clinica n.</b>	1930/1
----------------	---------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

**AGGIORNAMENTO ANAMNESI:**

<b>Genetica:</b>	
<b>Metab – Endocr:</b>	
<b>Neurologica:</b>	
<b>Ortopedica:</b>	
<b>Chirurgica:</b>	Ricostruzione LCA
<b>Infettiva:</b>	
<b>Altro:</b>	

**Data**

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi  
ed Odontoiatri