

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	NOCERA	<b>Nome</b>	GIOVANNI	<b>Anno di nascita</b>	1996	<b>Cartella clinica n.</b>	001425/2
----------------	--------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

**ANAGRAFICA – ANAMNESTICA****GENERALITÀ DELL'ASSISTITO:**

Cognome **NOCERA** Nome **GIOVANNI** nato a **Napoli** il **05/10/1996** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Via Strettola**  
ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **NCRGNN16R05F8390**

Telefono: **3791030983**

**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:**

lombosciatalgia destra

**ANAGRAFICA – ANAMNESTICA****ANAMNESI FAMILIARE:**ANAMNESI FAMILIARE

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

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

**Fratelli viventi:** 1 M

**Deceduti:** n.d. - **Causa:** n.d.

**Malattie ereditarie:** n.d.

**Tumori:** no

**Familiarità/Patologie:** no

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	NOCERA	<b>Nome</b>	GIOVANNI	<b>Anno di nascita</b>	1996	<b>Cartella clinica n.</b>	001425/2
----------------	--------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

**Note:** n.d.

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	NOCERA	<b>Nome</b>	GIOVANNI	<b>Anno di nascita</b>	1996	<b>Cartella clinica n.</b>	001425/2
----------------	--------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

**ANAMNESI FISIOLÓGICA:**

<b>Nato da parto eutocico</b>	SI	n.d.
<b>Sviluppo Psicomotorio</b>	SI	n.d.
<b>Menarca</b>	NO	n.a.
<b>Menopausa</b>	NO	n.a.
<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	
<b>Appetito normale</b>	SI	n.d.
<b>Alcolici</b>	NO	Quantità in ml/die: n.a.
<b>Fumo</b>	SI	Quantità pro die: circa 10 sigarette/ die

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

<b>Malattie Infettive</b>	NO	n.d.
<b>Malattie App. cardiovascolare</b>	NO	n.d.
<b>Malattie App. respiratorio</b>	SI	Allergia ai pollini
<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	Tonsille Ernia inguinale a destra
<b>Emotrasfusioni</b>	NO	n.d.
<b>Reazioni Trasfusionali</b>	NO	n.d.
<b>Allergie ai farmaci /Altre Allergie</b>	SI	Riferita allergia all'Augmentin
<b>Malattie internistiche e muscolo-scheletriche</b>	SI	Pregresso trauma distorsivo caviglia

**NOTE:**

Il paziente ha effettuato nell'ultimo semestre diverse valutazioni specialistiche ortopediche sottoponendosi anche a sedute di ozonoterapia c/o l'unità di neuroradiologia dell'Ospedale Cardarelli di Napoli.

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Giunge alla nostra attenzione per effettuare valutazione fisiatrica e programmare percorso terapeutico

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	NOCERA	<b>Nome</b>	GIOVANNI	<b>Anno di nascita</b>	1996	<b>Cartella clinica n.</b>	001425/2
----------------	--------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

**ANAGRAFICA – ANAMNESTICA***ESAME OBIETTIVO GENERALE***Tipo costituzionale:** Longitipo**Decubito:** indifferente**Età 26   Peso Kg.: 92   Altezza cm.: 185 circa****Pressione:** n.d. **Polso:** regolare **Respiro:** eupnoico**Temperatura:** n.d. **Saturazione:** n.d.**Sensorio:** Vigile**Cute:** presenza di cicatrici cutanee**Pannicolo adiposo:** normorappresentato**Linfoghiandole palpabili:** NO**Apparato locomotore:** Indenne**ANAMNESI RIABILITATIVA:**

n.d.

**Data**

05/01/2022

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	NOCERA	<b>Nome</b>	GIOVANNI	<b>Anno di nascita</b>	1996	<b>Cartella clinica n.</b>	001425/2
----------------	--------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

**AGGIORNAMENTO ANAMNESI:**

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

**Data**

05/01/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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