

**PAZIENTE:**

Cognome	Computing	Nome	Brain	Anno di nascita	2000	Cartella clinica n.	<b>000471/9</b>
---------	-----------	------	-------	-----------------	------	---------------------	-----------------

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

Cognome **Computing** Nome **Brain** nato a **Acerra** il **01/01/2000** residente a **Afragola (NA)**, in **Via test**  
 ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **CMPBRN00A01F8390**

Telefono:

**CONTATTI DI RIFERIMENTO:**

Grado di Parentela o Titolo di rappresentanza: **padre**

Cognome **Padre Di Computing** Nome **Tizio** nato a **Avellino** il **01/03/1980** residente a **Salerno (SA)**, in **via test padre**

Codice Fiscale: **PDRTZI80C01A509S**

Telefono: **987654321**

Documento Riconoscimento: **1234M**

**MEDICO PRESCRITTORE:** ALLOCCA CELESTINO

**DIAGNOSI:**
**EVENTUALI NOTE:**

1

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

**Madre deceduta:**

**Padre deceduto:**

**Fratelli viventi:**

**Deceduti:** - **Causa:**

**Malattie ereditarie:**

**Tumori:**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	Computing	<b>Nome</b>	Brain	<b>Anno di nascita</b>	2000	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>000471/9</b>
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	-----------------

**Familiarità/Patologie:****Note:**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	Computing	<b>Nome</b>	Brain	<b>Anno di nascita</b>	2000	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>000471/9</b>
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	-----------------

**ANAMNESI FISIOLOGICA:**

<b>Nato da parto eutocico</b>	
<b>Sviluppo Psicomotorio</b>	
<b>Menarca</b>	
<b>Menopausa</b>	
<b>Alvo regolare</b>	
<b>Diuresi regolare</b>	
<b>Cateterizzato</b>	
<b>Allergie alimentari</b>	
<b>Appetito normale</b>	
<b>Aleolici</b>	Quantità in ml/die:
<b>Fumo</b>	Quantità pro die:

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

<b>Malattie Infettive</b>	
<b>Malattie App. cardiovascolare</b>	
<b>Malattie App. respiratorio</b>	
<b>Malattie App. digerente</b>	
<b>Malattie App. urinario</b>	
<b>Malattie Sistema Emopoietico</b>	
<b>Malattie Sistema Nervoso</b>	
<b>Malattie Veneree</b>	
<b>Malattie Neoplastiche</b>	
<b>Traumi</b>	
<b>Interventi Chirurgici</b>	
<b>Emotrasfusioni</b>	
<b>Reazioni Trasfusionali</b>	
<b>Allergie ai farmaci /Altre Allergie</b>	
<b>Malattie internistiche e muscolo-scheletriche</b>	

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

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	Computing	<b>Nome</b>	Brain	<b>Anno di nascita</b>	2000	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>000471/9</b>
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	-----------------

**ANAGRAFICA – ANAMNESTICA***ESAME OBIETTIVO GENERALE***Tipo costituzionale:****Decubito:****Eta Peso Kg.: Altezza cm.:****Pressione: Polso: Respiro:****Temperatura: Saturazione:****Sensorio:****Cute:****Pannicolo adiposo:****Linfoghiandole palpabili:****Apparato locomotore:****ANAMNESI RIABILITATIVA:**

--	--

**Data****Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Software Administrator

#1234 | Ordine dei test

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	Computing	<b>Nome</b>	Brain	<b>Anno di nascita</b>	2000	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>000471/9</b>
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	-----------------

**AGGIORNAMENTO ANAMNESI:**

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

**Data****Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Software Administrator

#1234 | Ordine dei test