

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FABIO	<b>Nome</b>	GIUSEPPE	<b>Anno di nascita</b>	2012	<b>Cartella clinica n.</b>	000879/1
----------------	-------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

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

Cognome **FABIO** Nome **GIUSEPPE** nato a **Napoli** il **22/06/2012** residente a **Acerra (NA)**, in **Via Piemonte,30**

ASL: **NAPOLI 2 Nord**, Distretto: **DS46**

Codice Fiscale: **FBAGPP12H22F839J**

Telefono: **338 3085205** **3664981771**

**CONTATTI DI RIFERIMENTO:**

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

Cognome **Ponticelli** Nome **Filomena** nata a **Pomigliano d'Arco** il **17/06/1981** residente a **Acerra (NA)**, in **Via Piemonte,30**

Codice Fiscale: **PNTFMN81H57G812A**

Telefono: **3664981771**

Documento Riconoscimento: **ca61746eb**

**MEDICO PRESCRITTORE:** PUCILLO MARILENA

**DIAGNOSI:** 314.8; F90.0

**EVENTUALI NOTE:**

Ritardo dello sviluppo in pz. con sindrome epilettica.

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

**Madre deceduta:** No

**Padre deceduto:** No

**Fratelli viventi:** 2 femmine in dichiarata ABS

**Deceduti:** No – **Causa:**

**Malattie ereditarie:** No

**Tumori:** No

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FABIO	<b>Nome</b>	GIUSEPPE	<b>Anno di nascita</b>	2012	<b>Cartella clinica n.</b>	000879/1
----------------	-------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

**Familiarità/Patologie:** No**Note:** n.d.

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FABIO	<b>Nome</b>	GIUSEPPE	<b>Anno di nascita</b>	2012	<b>Cartella clinica n.</b>	000879/1
----------------	-------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

**ANAMNESI FISIOLÓGICA:**

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

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

<b>Malattie Infettive</b>	NO	
<b>Malattie App. cardiovascolare</b>	NO	
<b>Malattie App. respiratorio</b>	NO	
<b>Malattie App. digerente</b>	NO	
<b>Malattie App. urinario</b>	NO	
<b>Malattie Sistema Emopoietico</b>	NO	
<b>Malattie Sistema Nervoso</b>	SI	La madre dichiara che il pz. presenta una cisti al cervelletto e che soffre di epilessia in trattamento farmacologico. La madre dichiara che il pz. soffre di cefale ripetute.
<b>Malattie Veneree</b>	NO	
<b>Malattie Neoplastiche</b>	NO	
<b>Traumi</b>	NO	
<b>Interventi Chirurgici</b>	SI	Frenulectomia sub linguale ed intervento per fimosi.
<b>Emotrasfusioni</b>	NO	
<b>Reazioni Trasfusionali</b>	NO	
<b>Allergie ai farmaci /Altre Allergie</b>	NO	
<b>Malattie internistiche e muscolo-scheletriche</b>	NO	

**NOTE:****ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA****ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FABIO	<b>Nome</b>	GIUSEPPE	<b>Anno di nascita</b>	2012	<b>Cartella clinica n.</b>	000879/1
----------------	-------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

**ESAME OBIETTIVO GENERALE****Tipo costituzionale:** Normotipo**Decubito:** Indifferente**Età 10    Peso Kg.:** Circa 52      **Altezza cm.:** Circa 145**Pressione:** n.d.    **Polso:** n.d.      **Respiro:** n.d.**Temperatura:** n.d.      **Saturazione:** n.d.**Sensorio:** Vigile**Cute:** Normotrofica**Pannicolo adiposo:** Nei limiti**Linfoghiandole palpabili:** NO**Apparato locomotore:** Indenne**ANAMNESI RIABILITATIVA:**

--	--

**Data**

13/01/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Vitiello Luigi

#28649 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FABIO	<b>Nome</b>	GIUSEPPE	<b>Anno di nascita</b>	2012	<b>Cartella clinica n.</b>	000879/1
----------------	-------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

**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****Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Vitiello Luigi

#28649 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi  
ed Odontoiatri