

PAZIENTE:

Cognome	GALLO	Nome	MARIA	Anno di nascita	1967	Cartella clinica n.	1940/1
----------------	-------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	--------

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

GENERALITÀ DELL'ASSISTITO:

Cognome **GALLO** Nome **MARIA** nata a **Napoli** il **22/07/1967** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Via M. Buonarroti,18**

ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **GLLMRA67L62F839F**

Telefono: **3488701029**

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:

Lombalgia e gonalgia sinistra

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

ANAMNESI FAMILIARE:

ANAMNESI FAMILIARE

Madre deceduta: No n.d.

Padre deceduto: No n.d.

Fratelli viventi: 2 F

Deceduti: 1 M - **Causa:** n.d.

Malattie ereditarie: n.d.

Tumori: no

Familiarità/Patologie: si

PAZIENTE:

Cognome	GALLO	Nome	MARIA	Anno di nascita	1967	Cartella clinica n.	1940/1
----------------	-------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	--------

Note: ipertensione- diabete mellito

PAZIENTE:

Cognome	GALLO	Nome	MARIA	Anno di nascita	1967	Cartella clinica n.	1940/1
----------------	-------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	--------

ANAMNESI FISIOLOGICA:

Nato da parto eutocico	SI	n.d.
Sviluppo Psicomotorio	SI	n.d.
Menarca	SI	12
Menopausa	NO	45
Alvo regolare	SI	n.d.
Diuresi regolare	SI	n.d.
Cateterizzato	NO	n.d.
Allergie alimentari	NO	
Appetito normale	SI	n.d.
Alcolici	NO	Quantità in ml/die: vino ai pasti
Fumo		Quantità pro die: n.d.

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA
ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

Malattie Infettive	SI	Episodiche cistiti
Malattie App. cardiovascolare	NO	n.d.
Malattie App. respiratorio	NO	n.d.
Malattie App. digerente	NO	n.d.
Malattie App. urinario	NO	n.d.
Malattie Sistema Emopoietico	NO	n.d.
Malattie Sistema Nervoso	NO	n.d.
Malattie Veneree	NO	n.d.
Malattie Neoplastiche	NO	n.d.
Traumi	SI	Frattura radio a destra (circa 5 anni or sono) frattura l dito dx e sinistro
Interventi Chirurgici	SI	Appedicectomia Parti cesarei Ablazione endometrio
Emotrasfusioni	NO	n.d.
Reazioni Trasfusionali	NO	n.d.
Allergie ai farmaci /Altre Allergie	SI	Allergia riferita all'ampicillina
Malattie internistiche e muscolo-scheletriche	SI	Rachialgia e gonalgia

NOTE:
ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Giunge alla nostra osservazione per effettuare valutazione fisiatrica

PAZIENTE:

Cognome	GALLO	Nome	MARIA	Anno di nascita	1967	Cartella clinica n.	1940/1
----------------	-------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	--------

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA
ESAME OBIETTIVO GENERALE

Tipo costituzionale: Normotipo

Decubito: indifferente

Età 56 **Peso Kg.:** 97 **Altezza cm.:** 167

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

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

Sensorio: Vigile

Cute: eutrofica

Pannicolo adiposo: normorappresentato

Linfoghiandole palpabili: NO

Apparato locomotore: Indenne

ANAMNESI RIABILITATIVA:

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

Data

23/03/2023

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

PAZIENTE:

Cognome	GALLO	Nome	MARIA	Anno di nascita	1967	Cartella clinica n.	1940/1
----------------	-------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	--------

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

Genetica:	
Metab – Endocr:	
Neurologica:	
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

Data

22/03/2023

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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