

PAZIENTE:

Cognome	DE CAPRIO	Nome	ASSUNTA	Anno di nascita	1946	Cartella clinica n.	000700/1
----------------	-----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

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

Cognome **DE CAPRIO** Nome **ASSUNTA** nata a **Afragola** il **03/10/1946** residente a **Afragola (NA)**, in **Via Salicelle isolato 24 scala c**
ASL: **NAPOLI 2 Nord**, Distretto: **DS44**

Codice Fiscale: **DCPSNT46R43A064P**

Telefono: **338 3734239**

CONTATTI DI RIFERIMENTO:

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

Cognome **Del Mondo** Nome **Anna** nata a **Casoria** il **20/06/1975** residente a **Afragola (NA)**, in **Via Salicelle**

Codice Fiscale: **DLMNNA75H60B990R**

Telefono: **338 3734239**

Documento Riconoscimento: **AY9173593**

MEDICO PRESCRITTORE: FUSCO MARCELLO

DIAGNOSI:**EVENTUALI NOTE:**

Ipostenia ed insufficienza respiratoria

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

Madre deceduta: Si - Causa: n.d.

Padre deceduto: Si - Causa: Insufficienza respiratoria

Fratelli viventi: 2M + 2 F

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

Malattie ereditarie: n.d.

Tumori: no

PAZIENTE:

Cognome	DE CAPRIO	Nome	ASSUNTA	Anno di nascita	1946	Cartella clinica n.	000700/1
----------------	-----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

Familiarità/Patologie: si**Note:** Patologia respiratoria cronica

PAZIENTE:

Cognome	DE CAPRIO	Nome	ASSUNTA	Anno di nascita	1946	Cartella clinica n.	000700/1
----------------	-----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

ANAMNESI FISIOLÓGICA:

Nato da parto eutocico	SI	n.d.
Sviluppo Psicomotorio	SI	n.d.
Menarca	SI	circa 11
Menopausa	SI	47 aa
Alvo regolare	NO	irregolarità
Diuresi regolare	SI	n.d.
Cateterizzato	NO	n.d.
Allergie alimentari	NO	n.d.
Appetito normale	SI	n.d.
Alcolici	NO	Quantità in ml/die: n.a.
Fumo	NO	Quantità pro die: n.d.

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:**

Malattie Infettive	SI	Epatopatia HCV correlata
Malattie App. cardiovascolare	SI	Ipertensione arteriosa
Malattie App. respiratorio	SI	Insufficienza respiratoria ed apnee notturne
Malattie App. digerente	SI	Gastropatia Epatopatia
Malattie App. urinario	SI	Insufficienza renale cronica
Malattie Sistema Emopoietico	SI	Pregressi episodi carenziali
Malattie Sistema Nervoso	SI	Encefalopatia (vascolare ed iperammoniemica) Trattamento con antiepilettici
Malattie Veneree	NO	n.d.
Malattie Neoplastiche	NO	n.d.
Traumi	NO	n.d.
Interventi Chirurgici	SI	Frattura femore sinistro (circa 12 anni or sono) trattata con osteosintesi
Emotrasfusioni	SI	Effettuata emotrasfusione in occasione dell'intervento di osteosintesi
Reazioni Trasfusionali	NO	n.d.
Allergie ai farmaci/Altre Allergie	NO	n.d.
Malattie internistiche e muscolo-scheletriche	SI	Poliartralgia

NOTE:

Terapia farmacologica:

Pantoprazolo 40 mg cp 1 cp/ die

Laevolac sosp 2 ml x2/ die

DAA (trattamento antivirale attualmente sospeso)

Vimpat 100 mg cp 1 cp/ die

Normix 200 mg 1 cp x 2 / die

Insulinoterapia : Humalog 6 + 12 + 8 unità

PAZIENTE:

Cognome	DE CAPRIO	Nome	ASSUNTA	Anno di nascita	1946	Cartella clinica n.	000700/1
----------------	-----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Giunge alla nostra osservazione per effettuare terapia riabilitativa neuromotoria in regime domiciliare su precrizione ASL

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**ESAME OBIETTIVO GENERALE**

Tipo costituzionale: Brachitipo

Decubito: indifferente

Età 76 anni **Peso Kg.:** circa 85 **Altezza cm.:** circa 160

Pressione: 120/70 mmHg **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: Non indenne

ANAMNESI RIABILITATIVA:

n.d.

Data

14/12/2022

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

PAZIENTE:

Cognome	DE CAPRIO	Nome	ASSUNTA	Anno di nascita	1946	Cartella clinica n.	000700/1
----------------	-----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

n.d.	
Genetica:	
Metab – Endocr:	Diabete mellito insulinotrattato
Neurologica:	Vasculopatia cerebrale
Ortopedica:	
Chirurgica:	
Infettiva:	
Altro:	

Data

14/12/2022

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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