

**PAZIENTE:**

Cognome	FIORE	Nome	COSTANTIN O	Anno di nascita	2018	Cartella clinica n.	001213/1
---------	-------	------	----------------	-----------------------	------	---------------------------	----------

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

Cognome **FIORE** Nome **COSTANTINO** nato a **Massa di Somma** il **28/07/2018**  
residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Via Viale dei Tigli n.28**  
ASL: **NAPOLI 2 Nord**, Distretto: **DS47**

Codice Fiscale: **FRICTN18L28M289B**

Telefono: **345 6994635**

**CONTATTI DI RIFERIMENTO:**

Grado di Parentela o Titolo di rappresentanza:

Cognome Nome a il residente a , in

Codice Fiscale:

Telefono:

Documento Riconoscimento:

**MEDICO PRESCRITTORE:** Ammendola Eduardo

**DIAGNOSI:** 315.32; F80.2

**EVENTUALI NOTE:**

Disturbo del linguaggio espressivo. Disturbo della comunicazione sociale. Disturbo della coordinazione lieve-moderata con deambulazione sulle punte da comorbidità ortopedica.

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

**Madre deceduta:**

**Padre deceduto:** No

**Fratelli viventi:** No

**Deceduti:** No – **Causa:**

**Malattie ereditarie:** No

**Tumori:** No

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FIORE	<b>Nome</b>	COSTANTIN O	<b>Anno di nascita</b>	2018	<b>Cartella clinica n.</b>	001213/1
----------------	-------	-------------	----------------	--------------------------------	------	------------------------------------	----------

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

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FIORE	<b>Nome</b>	COSTANTIN O	<b>Anno di nascita</b>	2018	<b>Cartella clinica n.</b>	001213/1
----------------	-------	-------------	----------------	--------------------------------	------	------------------------------------	----------

**ANAMNESI FISIOLÓGICA:**

<b>Nato da parto eutocico</b>	SI	A termine
<b>Sviluppo Psicomotorio</b>	NO	Ritardo del linguaggio espressivo
<b>Menarca</b>		
<b>Menopausa</b>		
<b>Alvo regolare</b>	SI	Note di stipsi saltuarie
<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>	SI	Covid, esteso alla famiglia, nel luglio 2022.
<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>	NO	
<b>Malattie Veneree</b>	NO	
<b>Malattie Neoplastiche</b>	NO	
<b>Traumi</b>	NO	
<b>Interventi Chirurgici</b>	NO	
<b>Emotrasfusioni</b>	NO	
<b>Reazioni Trasfusionali</b>	NO	
<b>Allergie ai farmaci /Altre Allergie</b>	SI	La madre dichiara una non precisata allergia generica a tutti i farmaci che si manifesta con reazioni cutanee o stomatiti.
<b>Malattie internistiche e muscolo-scheletriche</b>	SI	La madre dichiara che il piccolo soffre di piede piatto.

**NOTE:**

La madre dichiara di aver eseguito indagini genetiche che hanno mostrato una delezione sul cromosoma 7.

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA****ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FIORE	<b>Nome</b>	COSTANTIN O	<b>Anno di nascita</b>	2018	<b>Cartella clinica n.</b>	001213/1
----------------	-------	-------------	----------------	--------------------------------	------	------------------------------------	----------

**ESAME OBIETTIVO GENERALE****Tipo costituzionale:** Normotipo**Decubito:** Indifferente**Età** 4 a.a. e 6 mesi      **Peso Kg.:** Circa 18      **Altezza cm.:** Circa 102**Pressione:** n.d.    **Polso:** Ritmico    **Respiro:** Eupnoico**Temperatura:** n.d.      **Saturazione:** n.d.**Sensorio:** Vigile**Cute:** Normotrofica**Pannicolo adiposo:** Nei limiti**Linfoghiandole palpabili:** NO**Apparato locomotore:** Indenne**ANAMNESI RIABILITATIVA:**

Prima volta in trattamento riabilitativo.

**Data**

25/01/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Vitiello Luigi

#28649 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FIORE	<b>Nome</b>	COSTANTIN O	<b>Anno di nascita</b>	2018	<b>Cartella clinica n.</b>	001213/1
----------------	-------	-------------	----------------	--------------------------------	------	------------------------------------	----------

**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