

**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****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>Cognom e</b>	Computing	<b>Nom e</b>	Brain	<b>Anno di nascit a</b>	2000	<b>Cartell a clinea 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 FISIOLÓGICA:**

<b>Nato da parto eutócico</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>Alcolici</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:****Età    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