

PAZIENTE:

Cognome	RAIA	Nome	PATRIZIO	Anno di nascita	1961	Cartella clinica n.	1798/1
----------------	------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

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

Cognome **RAIA** Nome **PATRIZIO** nato a **Arzano** il **15/03/1961** residente a **Pomigliano d'Arco (NA)**, in **Via Roberto Bracco, 2**

ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **RAIPRZ61C15A455H**

Telefono: **3382845160**

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:**

Spina calcaneare

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

Madre deceduta: Si - Causa: riferito aneurisma non certificato

Padre deceduto: Si - Causa: n.d.

Fratelli viventi: n.d.

Deceduti: 1 M - Causa: complicanze in paziente con deficit motorio

Malattie ereditarie: n.d.

Tumori: n.d.

Familiarità/Patologie: no

PAZIENTE:

Cognome	RAIA	Nome	PATRIZIO	Anno di nascita	1961	Cartella clinica n.	1798/1
----------------	------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

Note: n.d.

PAZIENTE:

Cognome	RAIA	Nome	PATRIZIO	Anno di nascita	1961	Cartella clinica n.	1798/1
----------------	------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

ANAMNESI FISIOLÓGICA:

Nato da parto eutocico	SI	n.d.
Sviluppo Psicomotorio	SI	n.d.
Menarca	NO	n.a.
Menopausa	NO	n.a.
Alvo regolare	SI	n.d.
Diuresi regolare	SI	pollachiuria (riferito ingente introito liquido)
Cateterizzato	NO	n.d.
Allergie alimentari	NO	n.d.
Appetito normale	SI	n.d.
Alcolici	SI	Quantità in ml/die: vino ai pasti
Fumo	NO	Quantità pro die: ex tabagista

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:**

Malattie Infettive	NO	n.d.
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 malleolare a destra (2000)
Interventi Chirurgici	SI	Varicocele circa 30 anni or sono
Emotrasfusioni	NO	n.d.
Reazioni Trasfusionali	NO	n.d.
Allergie ai farmaci /Altre Allergie	NO	n.d.
Malattie internistiche e muscolo-scheletriche	SI	Fascite plantare con spina calcaneare

NOTE:**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Giunge alla nostra osservazione per effettuare visita specialistica fisiatrica

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

PAZIENTE:

Cognome	RAIA	Nome	PATRIZIO	Anno di nascita	1961	Cartella clinica n.	1798/1
----------------	------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Tipo costituzionale: Normotipo

Decubito: indifferente

Età 51 **Peso Kg.:** 100 circa **Altezza cm.:** 170 circa

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

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

Sensorio: Vigile

Cute: eutrofica

Pannicolo adiposo: normorappresentato

Linfoghiandole palpabili: NO

Apparato locomotore: Non indenne

ANAMNESI RIABILITATIVA:

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

Data

05/12/2022

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

PAZIENTE:

Cognome	RAIA	Nome	PATRIZIO	Anno di nascita	1961	Cartella clinica n.	1798/1
----------------	------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

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

Data

05/12/2022

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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