

PAZIENTE:

Cognome	MANNA	Nome	FEDERICA	Anno di nascita	1997	Cartella clinica n.	1960/1
----------------	-------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

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

Cognome **MANNA** Nome **FEDERICA** nata a **Pollena Trocchia** il **19/07/1997** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Via Giolitti,4**

ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **MNNFRC97L59G795N**

Telefono: **3927944597**

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:**

Tendinopatia mano sx

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

Madre deceduta: No n.d.

Padre deceduto: No n.d.

Fratelli viventi: 1 M

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

Malattie ereditarie: n.d.

Tumori: no

Familiarità/Patologie: no

PAZIENTE:

Cognome	MANNA	Nome	FEDERICA	Anno di nascita	1997	Cartella clinica n.	1960/1
----------------	-------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

Note: n.d.

PAZIENTE:

Cognome	MANNA	Nome	FEDERICA	Anno di nascita	1997	Cartella clinica n.	1960/1
----------------	-------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

ANAMNESI FISIOLÓGICA:

Nato da parto eutocico	SI	n.d.
Sviluppo Psicomotorio	SI	n.d.
Menarca	SI	12
Menopausa		n.d.
Alvo regolare	SI	n.d.
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.d.
Fumo	NO	Quantità pro die: n.d.

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	Pregressi traumi distorsivi collo - piede Pregressa frattura non specificata piede destro in età infantile
Interventi Chirurgici	NO	n.d.
Emotrasfusioni	NO	n.d.
Reazioni Trasfusionali	NO	n.d.
Allergie ai farmaci /Altre Allergie	NO	n.d.
Malattie internistiche e muscolo-scheletriche	NO	n.d.

NOTE:**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Giunge all'annostr osservazione per effettuare valutazione fisiatrica

PAZIENTE:

Cognome	MANNA	Nome	FEDERICA	Anno di nascita	1997	Cartella clinica n.	1960/1
----------------	-------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA*ESAME OBIETTIVO GENERALE***Tipo costituzionale:** Normotipo**Decubito:** indifferente52**Età 25 Peso Kg.: 64 Altezza cm.: 166****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

06/04/2023

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

PAZIENTE:

Cognome	MANNA	Nome	FEDERICA	Anno di nascita	1997	Cartella clinica n.	1960/1
----------------	-------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

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

Data

06/04/2023

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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