

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FACCENDA	<b>Nome</b>	CARMELA	<b>Anno di nascita</b>	1939	<b>Cartella clinica n.</b>	001234/1
----------------	----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

## ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

**GENERALITÀ DELL'ASSISTITO:**

Cognome **FACCENDA** Nome **CARMELA** nata a **Napoli** il **04/04/1939** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Via Castel Gandolf,11**

ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **FCCCML39D44F839F**

Telefono: **338 7621315**

**CONTATTI DI RIFERIMENTO:**

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

Cognome **Riccardi** Nome **Antonio** nato a **Napoli** il **04/03/1940** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Via Castel Gandolf,11**

Codice Fiscale: **RCCNTN40C04F839W**

Telefono: **338 7621315**

Documento Riconoscimento: **CA22670BI**

**MEDICO PRESCRITTORE:**

**DIAGNOSI:**

**EVENTUALI NOTE:**

Cardiopatia dilatativa in paziente con ernie discali e deficit della deambulazione (ASL)

## ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

### ANAMNESI FAMILIARE:

ANAMNESI FAMILIARE

**Madre deceduta:** Si - Causa: n.d.

**Padre deceduto:** Si - Causa: n.d.

**Fratelli viventi:** non riferito

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

**Malattie ereditarie:** n.d.

**Tumori:** n.d.

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FACCENDA	<b>Nome</b>	CARMELA	<b>Anno di nascita</b>	1939	<b>Cartella clinica n.</b>	001234/1
----------------	----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

**Familiarità/Patologie:** no

**Note:** n.d.

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FACCENDA	<b>Nome</b>	CARMELA	<b>Anno di nascita</b>	1939	<b>Cartella clinica n.</b>	001234/1
----------------	----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

**ANAMNESI FISIOLOGICA:**

<b>Nato da parto eutocico</b>	SI	n.d.
<b>Sviluppo Psicomotorio</b>	SI	n.d.
<b>Menarca</b>	SI	non riferito
<b>Menopausa</b>	SI	circa 39 anni
<b>Alvo regolare</b>	NO	lieve stipsi
<b>Diuresi regolare</b>	NO	pollachiuria
<b>Cateterizzato</b>	NO	adotta presidi per la continenza
<b>Allergie alimentari</b>	NO	n.d.
<b>Appetito normale</b>	SI	n.d.
<b>Alcolici</b>	NO	Quantità in ml/die: n.d.
<b>Fumo</b>	NO	Quantità pro die: n.d.

**ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**
**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:**

<b>Malattie Infettive</b>	SI	Riferita pregressa endo/ miocardite ( non esibita documentazione)
<b>Malattie App. cardiovascolare</b>	SI	Cardiopatia dilatativa ed impianto di defibrillatore circa 22 anni or sono
<b>Malattie App. respiratorio</b>	SI	Ridotta tolleranza allo sforzo
<b>Malattie App. digerente</b>	NO	n.d.
<b>Malattie App. urinario</b>	SI	Pregressi episodi di litiasi renale trattati con litotrissia Prolasso vescicale
<b>Malattie Sistema Emopoietico</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Sistema Nervoso</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Veneree</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Neoplastiche</b>	NO	n.d.
<b>Traumi</b>	SI	Recente frattura 3° medio ed anteriore della 10 ed 11 costola a destra Pregressa frattura malleolare a destra
<b>Interventi Chirurgici</b>	SI	Impianto di pace-maker ( defibrillatore) Appendicectomia Ernia inguinale bilaterale
<b>Emotrasfusioni</b>	NO	n.d.
<b>Reazioni Trasfusionali</b>	NO	n.d.
<b>Allergie ai farmaci /Altre Allergie</b>	NO	n.d.
<b>Malattie internistiche e muscolo-scheletriche</b>	SI	Artrosi polidistrettuale

**NOTE:**

Terapia farmacologica  
 Lasix 25 mg cp :1 cp ( episodica assunzione)  
 Quinazide 20 mg cp 1/2 cp /die  
 Sotalolo 80 mg cp 1/2 cp /die  
 Zetia 10 mg cp 1 cp /die  
 Di Base 25.000 flac :1 flac/ settimana

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FACCENDA	<b>Nome</b>	CARMELA	<b>Anno di nascita</b>	1939	<b>Cartella clinica n.</b>	001234/1
----------------	----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

Binosto 70 mg cp :1cp / settimana  
 Deltacortene 5 mg cp :1cp / die  
 Pantoprazolo cp :1cp / die

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Giunge alla nostra osservazione per effettuare terapia riabilitativa in regime domiciliare su prescrizione ASL.

**ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**
*ESAME OBIETTIVO GENERALE*

**Tipo costituzionale:** Brachitipo

**Decubito:** decubito prevalentemente supino

**Età 83 Peso Kg:** circa 60      **Altezza cm:** circa 155

**Pressione:** 85/60 mmHg **Polso:** regolare **Respiro:** eupnoico

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

**Sensorio:** Vigile

**Cute:** presenza di cicatrici cutanee

**Pannicolo adiposo:** normorappresentato

**Linfoghiandole palpabili:** NO

**Apparato locomotore:** Non indenne

**ANAMNESI RIABILITATIVA:**

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

**Data**

08/03/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	FACCENDA	<b>Nome</b>	CARMELA	<b>Anno di nascita</b>	1939	<b>Cartella clinica n.</b>	001234/1
----------------	----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

**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**

08/03/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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