

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	PAPACCIO	<b>Nome</b>	PATRIZIA	<b>Anno di nascita</b>	1956	<b>Cartella clinica n.</b>	1915/1
----------------	----------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	--------

**INFORMAZIONI ANAMNESTICHE RIFERITE**

MALATTIE INFETTIVE	NO	n.d.
MALATTIE REUMATICHE	NO	n.d.
MALATTIE CONNETTIVO	NO	n.d.
MALATTIE OSTEOMIOARTICOLARI	SI	Rachialgia
MALATTIE DISMETABOLICHE	SI	Dislipidemia in trattamento
MALATTIE ENDOCRINE	NO	n.d.
MALATTIE RESPIRATORIE	NO	n.d.
MALATTIE CARDIOVASCOLARI	SI	Ipertensione arteriosa
MALATTIE GASTROINTESTINALI	NO	n.d.
MALATTIE DEL SANGUE (EMOPATIE)	NO	n.d.
MALATTIE NEUROLOGICHE	SI	note d'ansia
INTERVENTI CHIRURGICI	SI	Tonsillectomia
TRAUMI	NO	n.d.
ALTRO	NO	n.d.

**CONTROINDICAZIONI**

DATA  
04/04/2023

FIRMA DEL MEDICO  
Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio  
#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici Chirurghi ed Odontoiatri