

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	Computing	<b>Nome</b>	Brain	<b>Anno di nascita</b>	2000	<b>Cartella clinica n.</b>	000471/9
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	----------

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

Cognome **Computing** Nome **Brain** nato a **Acerra (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:**

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

**Madre deceduta:**

**Padre deceduto:**

**Fratelli viventi:**

**Deceduti: - Causa:**

**Malattie ereditarie:**

**Tumori:**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	Computing	<b>Nome</b>	Brain	<b>Anno di nascita</b>	2000	<b>Cartella clinica n.</b>	000471/9
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	----------

**Familiarità/Patologie:****Note:**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	Computing	<b>Nome</b>	Brain	<b>Anno di nascita</b>	2000	<b>Cartella clinica n.</b>	000471/9
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	----------

**ANAMNESI FISIOLÓGICA:**

Nato da parto eutocico		
Sviluppo Psicomotorio		
Menarca		
Menopausa		
Alvo regolare		
Diuresi regolare		
Cateterizzato		
Allergie alimentari		
Appetito normale		
Alcolici		Quantità in ml/die:
Fumo		Quantità pro die:

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

Malattie Infettive		
Malattie App. cardiovascolare		
Malattie App. respiratorio		
Malattie App. digerente		
Malattie App. urinario		
Malattie Sistema Emopoietico		
Malattie Sistema Nervoso		
Malattie Veneree		
Malattie Neoplastiche		
Traumi		
Interventi Chirurgici		
Emotrasfusioni		
Reazioni Trasfusionali		
Allergie ai farmaci /Altre Allergie		
Malattie internistiche e muscolo-scheletriche		

**NOTE:****ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA****ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	Computing	<b>Nome</b>	Brain	<b>Anno di nascita</b>	2000	<b>Cartella clinica n.</b>	000471/9
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	----------

**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>	000471/9
----------------	-----------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	----------

**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****Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Software Administrator

#1234 | Ordine dei test