

PAZIENTE:

| | | | | | | | |
|----------------|-----------|-------------|---------|------------------------|------|----------------------------|--------|
| Cognome | CASTIELLO | Nome | ANTONIO | Anno di nascita | 1950 | Cartella clinica n. | 1949/1 |
|----------------|-----------|-------------|---------|------------------------|------|----------------------------|--------|

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

Cognome **CASTIELLO** Nome **ANTONIO** nato a **Afragola** il **25/07/1950** residente a **Afragola (NA)**, in **Via Ugo Foscolo,18**
ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **CSTNTN50L25A064V**

Telefono: **3493724504**

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:**

cALCIFICAZIONE ARTICOLARE SPALLA SINISTRA

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

Madre deceduta: Si - Causa: n.d.

Padre deceduto: Si - Causa: n.d.

Fratelli viventi: 2 M+ 2 F

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

Malattie ereditarie: n.d.

Tumori: no

Familiarità/Patologie: si

PAZIENTE:

| | | | | | | | |
|----------------|-----------|-------------|---------|------------------------|------|----------------------------|--------|
| Cognome | CASTIELLO | Nome | ANTONIO | Anno di nascita | 1950 | Cartella clinica n. | 1949/1 |
|----------------|-----------|-------------|---------|------------------------|------|----------------------------|--------|

Note: Diabete mellito

PAZIENTE:

| | | | | | | | |
|----------------|-----------|-------------|---------|------------------------|------|----------------------------|--------|
| Cognome | CASTIELLO | Nome | ANTONIO | Anno di nascita | 1950 | Cartella clinica n. | 1949/1 |
|----------------|-----------|-------------|---------|------------------------|------|----------------------------|--------|

ANAMNESI FISIOLÓGICA:

| | | |
|-------------------------------|----|--|
| Nato da parto eutocico | SI | n.d. |
| Sviluppo Psicomotorio | SI | n.d. |
| Menarca | NO | n.a. |
| Menopausa | NO | n.d. |
| Alvo regolare | SI | n.d. |
| Diuresi regolare | SI | Pollachiuria |
| Cateterizzato | NO | n.d. |
| Allergie alimentari | NO | n.d. |
| Appetito normale | SI | n.d. |
| Alcolici | SI | Quantità in ml/die: poco vino ai pasti |
| Fumo | NO | Quantità pro die: |

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:**

| | | |
|--|----|---|
| Malattie Infettive | NO | n.d. |
| Malattie App. cardiovascolare | SI | Iipertensione arteriosa cardiopatia ischemica trattata con con angioplastica |
| Malattie App. respiratorio | NO | n.d. |
| Malattie App. digerente | NO | n.d. |
| Malattie App. urinario | SI | IPB |
| Malattie Sistema Emopoietico | NO | n.d. |
| Malattie Sistema Nervoso | NO | n.d. |
| Malattie Veneree | NO | n.d. |
| Malattie Neoplastiche | NO | n.d. |
| Traumi | NO | n.d. |
| Interventi Chirurgici | SI | Ateromasia carotidea a destra operata coirca 1 anno fa Angioplastica |
| Emotrasfusioni | NO | n.d. |
| Reazioni Trasfusionali | NO | n.d. |
| Allergie ai farmaci /Altre Allergie | NO | n.d. |
| Malattie internistiche e muscolo-scheletriche | SI | Rachialgia |

NOTE:

n.d.

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Giunge alla nostra osservazione per effettuare valutazione fisiatrica

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

PAZIENTE:

| | | | | | | | |
|----------------|-----------|-------------|---------|------------------------|------|----------------------------|--------|
| Cognome | CASTIELLO | Nome | ANTONIO | Anno di nascita | 1950 | Cartella clinica n. | 1949/1 |
|----------------|-----------|-------------|---------|------------------------|------|----------------------------|--------|

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Tipo costituzionale: Normotipo

Decubito: indifferente

Età 69 Peso Kg.: 96 Altezza cm.: 170

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

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

Sensorio: Vigile

Cute: eutrofica

Pannicolo adiposo: iperappresentato

Linfoghiandole palpabili: NO

Apparato locomotore: Indenne

ANAMNESI RIABILITATIVA:

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

Data

30/03/2023

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

PAZIENTE:

| | | | | | | | |
|----------------|-----------|-------------|---------|------------------------|------|----------------------------|--------|
| Cognome | CASTIELLO | Nome | ANTONIO | Anno di nascita | 1950 | Cartella clinica n. | 1949/1 |
|----------------|-----------|-------------|---------|------------------------|------|----------------------------|--------|

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

| | |
|------------------------|--|
| | |
| Genetica: | Diabete mellito insulino trattato e con i.O: |
| Metab – Endocr: | |
| Neurologica: | |
| Ortopedica: | |
| Chirurgica: | |
| Infettiva: | |
| Altro: | |

Data

30/03/2023

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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