

PAZIENTE:

Cognome	CAFIERO	Nome	FERDINAND O	Anno di nascita	2008	Cartella clinica n.	1922/1
----------------	---------	-------------	----------------	--------------------------------	------	------------------------------------	--------

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

Cognome **CAFIERO** Nome **FERDINANDO** nato a **Napoli** il **26/01/2008** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Via Casamanna**
ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **CFRFDN08A26F8390**

Telefono: **3313696716**

CONTATTI DI RIFERIMENTO:

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

Cognome **Cafiero** Nome **Vincenzo** nato a **Napoli** il **26/04/1976** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Via Casamanna**

Codice Fiscale: **CFRVCN76D26F839W**

Telefono: **3313696716**

Documento Riconoscimento: **U12G37207K**

MEDICO PRESCRITTORE:**DIAGNOSI:****EVENTUALI NOTE:**

Lombalgia

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

Madre deceduta: No n.d.

Padre deceduto: No n.d.

Fratelli viventi: 2 F

Deceduti: n.d. – **Causa:** n.d.

Malattie ereditarie: n.d.

Tumori: no

PAZIENTE:

Cognome	CAFIERO	Nome	FERDINAND O	Anno di nascita	2008	Cartella clinica n.	1922/1
----------------	---------	-------------	----------------	--------------------------------	------	------------------------------------	--------

Familiarità/Patologie: no**Note:** n.d.

PAZIENTE:

Cognome	CAFIERO	Nome	FERDINAND O	Anno di nascita	2008	Cartella clinica n.	1922/1
----------------	---------	-------------	----------------	--------------------------------	------	------------------------------------	--------

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	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	Frattura radio sinistro all'età di 10 anni.
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	SI	Lombalgia

NOTE:**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Giunge alla nostra osservazione per effettuare valutazione fisiatrica.

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

PAZIENTE:

Cognome	CAFIERO	Nome	FERDINAND O	Anno di nascita	2008	Cartella clinica n.	1922/1
----------------	---------	-------------	----------------	--------------------------------	------	------------------------------------	--------

ESAME OBIETTIVO GENERALE**Tipo costituzionale:** Normotipo**Decubito:** indifferente**Età** 15 **Peso Kg.:** 72 **Altezza cm.:** 170**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

09/03/2023

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

PAZIENTE:

Cognome	CAFIERO	Nome	FERDINAND O	Anno di nascita	2008	Cartella clinica n.	1922/1
----------------	---------	-------------	----------------	--------------------------------	------	------------------------------------	--------

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

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

Data

09/03/2023

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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