

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ESPOSITO	<b>Nome</b>	ANTONIO	<b>Anno di nascita</b>	1991	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>1847/1</b>
----------------	----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	---------------

**INFORMAZIONI ANAMNESTICHE RIFERITE**

MALATTIE INFETTIVE	NO	N.D.
MALATTIE REUMATICHE	NO	N.D.
MALATTIE CONNETTIVO	NO	N.D.
MALATTIE OSTEOMIOARTICOLARI	SI	Artralgia post traumatica
MALATTIE DISMETABOLICHE	NO	N.D.
MALATTIE ENDOCRINE	NO	N.D.
MALATTIE RESPIRATORIE	SI	Allergia
MALATTIE CARDIOVASCOLARI	NO	N.D.
MALATTIE GASTROINTESTINALI	NO	N.D.
MALATTIE DEL SANGUE (EMOPATIE)	NO	N.D.
MALATTIE NEUROLOGICHE	NO	N.D.
INTERVENTI CHIRURGICI	SI	Ernia inguinale deserta ( a circa 5 anni)
TRAUMI	SI	Frattura scafoide mano sinistra
ALTRO	NO	N.D.

**CONTROINDICAZIONI**

DATA  
01/02/2023

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