

PAZIENTE:

Cognome	NOCERA	Nome	GIOVANNI	Anno di nascita	1996	Cartella clinica n.	001425/2
----------------	--------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

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

Cognome **NOCERA** Nome **GIOVANNI** nato a **Napoli** il **05/10/1996** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Via Strettola**
ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **NCRGNN16R05F8390**

Telefono: **3791030983**

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:**

lombosciatalgia destra

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

Madre deceduta: No n.d.

Padre deceduto: No n.d.

Fratelli viventi: 1 M

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

Malattie ereditarie: n.d.

Tumori: no

Familiarità/Patologie: no

PAZIENTE:

Cognome	NOCERA	Nome	GIOVANNI	Anno di nascita	1996	Cartella clinica n.	001425/2
----------------	--------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

Note: n.d.

PAZIENTE:

Cognome	NOCERA	Nome	GIOVANNI	Anno di nascita	1996	Cartella clinica n.	001425/2
----------------	--------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

ANAMNESI FISIOLÓGICA:

Nato da parto eutocico	SI	n.d.
Sviluppo Psicomotorio	SI	n.d.
Menarca	NO	n.a.
Menopausa	NO	n.a.
Alvo regolare	SI	n.d.
Diuresi regolare	SI	n.d.
Cateterizzato	NO	n.d.
Allergie alimentari	NO	
Appetito normale	SI	n.d.
Alcolici	NO	Quantità in ml/die: n.a.
Fumo	SI	Quantità pro die: circa 10 sigarette/ die

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:**

Malattie Infettive	NO	n.d.
Malattie App. cardiovascolare	NO	n.d.
Malattie App. respiratorio	SI	Allergia ai pollini
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	NO	n.d.
Interventi Chirurgici	SI	Tonsille Ernia inguinale a destra
Emotrasfusioni	NO	n.d.
Reazioni Trasfusionali	NO	n.d.
Allergie ai farmaci /Altre Allergie	SI	Riferita allergia all'Augmentin
Malattie internistiche e muscolo-scheletriche	SI	Pregresso trauma distorsivo caviglia

NOTE:

Il paziente ha effettuato nell'ultimo semestre diverse valutazioni specialistiche ortopediche sottoponendosi anche a sedute di ozonoterapia c/o l'unità di neuroradiologia dell'Ospedale Cardarelli di Napoli.

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Giunge alla nostra attenzione per effettuare valutazione fisiatrica e programmare percorso terapeutico

PAZIENTE:

Cognome	NOCERA	Nome	GIOVANNI	Anno di nascita	1996	Cartella clinica n.	001425/2
----------------	--------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

ANAGRAFICA – ANAMNESTICA*ESAME OBIETTIVO GENERALE***Tipo costituzionale:** Longitipo**Decubito:** indifferente**Età 26 Peso Kg.: 92 Altezza cm.: 185 circa****Pressione:** n.d. **Polso:** regolare **Respiro:** eupnoico**Temperatura:** n.d. **Saturazione:** n.d.**Sensorio:** Vigile**Cute:** presenza di cicatrici cutanee**Pannicolo adiposo:** normorappresentato**Linfoghiandole palpabili:** NO**Apparato locomotore:** Indenne**ANAMNESI RIABILITATIVA:**

n.d.

Data

05/01/2022

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

PAZIENTE:

Cognome	NOCERA	Nome	GIOVANNI	Anno di nascita	1996	Cartella clinica n.	001425/2
----------------	--------	-------------	----------	------------------------	------	----------------------------	----------

AGGIORNAMENTO ANAMNESI:

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

Data

05/01/2023

Medico Responsabile

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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