

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	CASTRONUOVO	<b>Nome</b>	ANNA	<b>Anno di nascita</b>	1947	<b>Cartella clinica n.</b>	1858/1
----------------	-------------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	--------

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

Cognome **CASTRONUOVO** Nome **ANNA** nata a **Napoli** il **29/01/1947** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Viale dei pini,32**

ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **CSTNNA47A69F839G**

Telefono: **3398384072**

**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:**

cervicalgia e spalla sinistr dolorosa

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

**Madre deceduta:** Si - Causa: n.d.

**Padre deceduto:** Si - Causa: IMA

**Fratelli viventi:** 3 M + 4 F

**Deceduti:** 3 M +1 F - Causa: n.d.

**Malattie ereditarie:** n.d.

**Tumori:** no

**Familiarità/Patologie:** si

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	CASTRONUOVO	<b>Nome</b>	ANNA	<b>Anno di nascita</b>	1947	<b>Cartella clinica n.</b>	1858/1
----------------	-------------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	--------

**Note:** ipertensione arteriosa

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	CASTRONUOVO	<b>Nome</b>	ANNA	<b>Anno di nascita</b>	1947	<b>Cartella clinica n.</b>	1858/1
----------------	-------------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	--------

**ANAMNESI FISIOLÓGICA:**

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

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

<b>Malattie Infettive</b>	NO	n.d.
<b>Malattie App. cardiovascolare</b>	SI	Iperensione arteriosa
<b>Malattie App. respiratorio</b>	SI	Enfisema ed uso di broncodilatatori
<b>Malattie App. digerente</b>	NO	n.d.
<b>Malattie App. urinario</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Sistema Emopoietico</b>	SI	Anemia in gravidanza
<b>Malattie Sistema Nervoso</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Veneree</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Neoplastiche</b>		n.d.
<b>Traumi</b>	NO	Riferita frattura non specificata circa 15 anni or sono mano destra
<b>Interventi Chirurgici</b>	SI	Colecistectomia Appendicectomia Tiroidectomia
<b>Emotrasfusioni</b>	SI	In occasione di una gravidanza
<b>Reazioni Trasfusionali</b>	NO	n.d.
<b>Allergie ai farmaci /Altre Allergie</b>	SI	Reazione allergica anestetico dopo intervento odontoiatrico
<b>Malattie internistiche e muscolo-scheletriche</b>	SI	Cervicalgi ae spall sinistra dolorosa

**NOTE:****ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Glunge all anostra oservazione per effettuare valutazione fisiatrica

**ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	CASTRONUOVO	<b>Nome</b>	ANNA	<b>Anno di nascita</b>	1947	<b>Cartella clinica n.</b>	1858/1
----------------	-------------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	--------

**ESAME OBIETTIVO GENERALE****Tipo costituzionale:** Normotipo**Decubito:** indifferente**Età 75   Peso Kg.: 90   Altezza cm.: 155****Pressione:** n.d. **Polso:** regolare **Respiro:** ridotta profondità del respiro**Temperatura:** n.d. **Saturazione:** n.d.**Sensorio:** Vigile**Cute:** eutrofica**Pannicolo adiposo:** normorappresentato**Linfoghiandole palpabili:** NO**Apparato locomotore:** Indenne**ANAMNESI RIABILITATIVA:**

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

**Data**

26/01/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	CASTRONUOVO	<b>Nome</b>	ANNA	<b>Anno di nascita</b>	1947	<b>Cartella clinica n.</b>	1858/1
----------------	-------------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	--------

**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**

23/01/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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