

**PAZIENTE:**

Cognome	ESPOSITO	Nome	CIRO	Anno di nascita	1970	Cartella clinica n.	001235/1
---------	----------	------	------	-----------------	------	---------------------	----------

## ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

**GENERALITÀ DELL'ASSISTITO:**

Cognome **ESPOSITO** Nome **CIRO** nato a Napoli il **22/12/1970** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Via C.so Umberto I,175**

ASL: **NAPOLI 2 Nord**, Distretto: **DS47**

Codice Fiscale: **SPSCRI70T22F839N**

Telefono: **3924804900 3206285015**

**CONTATTI DI RIFERIMENTO:**

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

Cognome **Esposito** Nome **Angela** nata a Napoli il **19/10/1982** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **via Madre Rosa Gattorno,14**

Codice Fiscale: **SPSNGL82R59F839Z**

Telefono: **3924804900**

Documento Riconoscimento: **AV9239294**

**MEDICO PRESCRITTORE:** De Rosa Mauro

**DIAGNOSI:**

**EVENTUALI NOTE:**

Paralisi cerebrale spastica

## ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

### ANAMNESI FAMILIARE:

ANAMNESI FAMILIARE

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

**Padre deceduto:** Si - Causa: n.d.

**Fratelli viventi:** 1 F

**Deceduti:** 4 M - **Causa:** n.d.

**Malattie ereditarie:** n.d.

**Tumori:** no

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ESPOSITO	<b>Nome</b>	CIRO	<b>Anno di nascita</b>	1970	<b>Cartella clinica n.</b>	001235/1
----------------	----------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	----------

**Familiarità/Patologie:** no

**Note:** n.d.

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ESPOSITO	<b>Nome</b>	CIRO	<b>Anno di nascita</b>	1970	<b>Cartella clinica n.</b>	001235/1
----------------	----------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	----------

**ANAMNESI FISIOLOGICA:**

<b>Nato da parto eutocico</b>	NO	n.d.
<b>Sviluppo Psicomotorio</b>	NO	RSPM da Encefalopatia perinatale
<b>Menarca</b>	NO	n.a.
<b>Menopausa</b>	NO	n.a
<b>Alvo regolare</b>	SI	n.d.
<b>Diuresi regolare</b>	SI	pollachiuria
<b>Cateterizzato</b>	NO	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>	SI	Infezione da covid-19 nel 2020
<b>Malattie App. cardiovascolare</b>	SI	Ipertensione arteriosa
<b>Malattie App. respiratorio</b>	NO	n.d.
<b>Malattie App. digerente</b>	NO	n.d.
<b>Malattie App. urinario</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Sistema Emopoietico</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Sistema Nervoso</b>	SI	Deficit cognitivo - psicosi - tetraparesi spastica
<b>Malattie Veneree</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Neoplastiche</b>	NO	n.d.
<b>Traumi</b>	SI	Riferita caduta accidentale in ambiente domestico senza esiti riferiti.
<b>Interventi Chirurgici</b>	SI	Riferiti pregressi interventi di chirurgia funzionale (allungamenti tendinei) ma non esibita documentazione.
<b>Emotrasfusioni</b>	NO	n.d.
<b>Reazioni Trasfusionali</b>	NO	n.d.
<b>Allergie ai farmaci /Altre Allergie</b>	NO	n.d.
<b>Malattie internistiche e muscolo-scheletriche</b>	SI	Rigidità articolari ed aumento del tono muscolare

**NOTE:**

Terapia farmacologica

Triatec cp 1cp /die

Olanzapina 5mg cp 1cp / die (la sera)

Talofen gocce 8-10 gocce / die (la sera)

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Giunge all'anonima osservazione per effettuare trattamento neuromotorio in regime domiciliare su

prescrizione ASL.

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ESPOSITO	<b>Nome</b>	CIRO	<b>Anno di nascita</b>	1970	<b>Cartella clinica n.</b>	001235/1
----------------	----------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	----------

## ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

*ESAME OBIETTIVO GENERALE*

**Tipo costituzionale:** Normotipo

**Decubito:** decubito prevalentemente assiso

**Età 52 Peso Kg.:** circa 85      **Altezza cm.:** circa 168-170

**Pressione:** 120/80 mmHg      **Polso:** regolare    **Respiro:** eupnoico

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

**Sensorio:** Vigile

**Cute:** presenza di cicatrtici cutanea da pregressi interventi

**Pannicolo adiposo:** normorappresentato

**Linfoghiandole palpabili:** NO

**Apparato locomotore:** Non indenne

### ANAMNESI RIABILITATIVA:

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

**Data**

07/03/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ESPOSITO	<b>Nome</b>	CIRO	<b>Anno di nascita</b>	1970	<b>Cartella clinica n.</b>	001235/1
----------------	----------	-------------	------	------------------------	------	----------------------------	----------

**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**

07/03/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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