

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ZICCARDI	<b>Nome</b>	ALBERTA	<b>Anno di nascita</b>	1976	<b>Cartella clinica n.</b>	1849/1
----------------	----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	--------

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

Cognome **ZICCARDI** Nome **ALBERTA** nata a **Napoli** il **04/09/1976** residente a **Casoria (NA)**, in **Via Giotto, 19**

ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **ZCCLRT76P44F839Z**

Telefono: **3484634063**

**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:**

Gonalgia bilaterale e lombalgia

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

**Madre deceduta:** No n.d.

**Padre deceduto:** No n.d.

**Fratelli viventi:** 1 M+ 1 F

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

**Malattie ereditarie:** n.d.

**Tumori:** no

**Familiarità/Patologie:** si

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ZICCARDI	<b>Nome</b>	ALBERTA	<b>Anno di nascita</b>	1976	<b>Cartella clinica n.</b>	1849/1
----------------	----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	--------

**Note:** distiroidismo

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ZICCARDI	<b>Nome</b>	ALBERTA	<b>Anno di nascita</b>	1976	<b>Cartella clinica n.</b>	1849/1
----------------	----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	--------

**ANAMNESI FISIOLÓGICA:**

<b>Nato da parto eutocico</b>	SI	n.d.
<b>Sviluppo Psicomotorio</b>	SI	n.d.
<b>Menarca</b>	SI	13
<b>Menopausa</b>	NO	n.d.
<b>Alvo regolare</b>	SI	n.d.
<b>Diuresi regolare</b>	SI	n.d.
<b>Cateterizzato</b>	NO	n.d.
<b>Allergie alimentari</b>	NO	n.d.
<b>Appetito normale</b>	SI	n.d.
<b>Alcolici</b>	SI	Quantità in ml/die: occasionale
<b>Fumo</b>	NO	Quantità pro die: n.d.

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

<b>Malattie Infettive</b>	SI	cistiti e congiuntiviti episodiche
<b>Malattie App. cardiovascolare</b>	NO	n.d.
<b>Malattie App. respiratorio</b>	SI	Allergia pollini, polvere, peli di animali
<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>	NO	n.d.
<b>Malattie Veneree</b>	NO	n.d.
<b>Malattie Neoplastiche</b>	NO	n.d.
<b>Traumi</b>	NO	n.d.
<b>Interventi Chirurgici</b>	SI	Cesareo Dacriocistite e ricostruzione canale lacrimale
<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	Scoliosi dorso lomabrea Lombalgia Gonalgia

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

Giunge alla nostra osservazione per effettuare valutazione fisiatrica

**ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ZICCARDI	<b>Nome</b>	ALBERTA	<b>Anno di nascita</b>	1976	<b>Cartella clinica n.</b>	1849/1
----------------	----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	--------

**ESAME OBIETTIVO GENERALE****Tipo costituzionale:** Normotipo**Decubito:** indifferente**Età 46   Peso Kg.: 50   Altezza cm.: 156****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:** Non indenne**ANAMNESI RIABILITATIVA:**

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

**Data**

19/01/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	ZICCARDI	<b>Nome</b>	ALBERTA	<b>Anno di nascita</b>	1976	<b>Cartella clinica n.</b>	1849/1
----------------	----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	--------

**AGGIORNAMENTO ANAMNESI:**

<b>Genetica:</b>	Tiroidite autoimmune
<b>Metab – Endocr:</b>	
<b>Neurologica:</b>	
<b>Ortopedica:</b>	
<b>Chirurgica:</b>	
<b>Infettiva:</b>	
<b>Altro:</b>	

**Data****Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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