

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	MOSCA	<b>Nome</b>	ANTONELLA	<b>Anno di nascita</b>	1969	<b>Cartella clinica n.</b>	1872/1
----------------	-------	-------------	-----------	------------------------	------	----------------------------	--------

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

Cognome **MOSCA** Nome **ANTONELLA** nata a **Napoli** il **13/07/1969** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Via Santa Rita,26**

ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **MSCNNL69L53F839R**

Telefono: **3331676536**

**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 destra

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

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

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

**Fratelli viventi:** 1 F

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

**Malattie ereditarie:** n.d.

**Tumori:** n.d.

**Familiarità/Patologie:** no

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	MOSCA	<b>Nome</b>	ANTONELLA	<b>Anno di nascita</b>	1969	<b>Cartella clinica n.</b>	1872/1
----------------	-------	-------------	-----------	------------------------	------	----------------------------	--------

**Note:** n.d.

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	MOSCA	<b>Nome</b>	ANTONELLA	<b>Anno di nascita</b>	1969	<b>Cartella clinica n.</b>	1872/1
----------------	-------	-------------	-----------	------------------------	------	----------------------------	--------

**ANAMNESI FISIOLÓGICA:**

Nato da parto eutocico	SI	n.d.
Sviluppo Psicomotorio	SI	n.d.
Menarca	SI	13
Menopausa	SI	50
Alvo regolare	SI	n.d.
Diuresi regolare	SI	n.d.
Cateterizzato	NO	n.d.
Allergie alimentari	NO	n.d.
Appetito normale	SI	n.d.
Alcolici	NO	Quantità in ml/die: n.d.
Fumo	NO	Quantità pro die: n.d.

**ANAGRAFICA - ANAMNESTICA****ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:**

Malattie Infettive	NO	n.d.
Malattie App. cardiovascolare	NO	n.d.
Malattie App. respiratorio	SI	Reinfezioni bronchitiche
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	Calazio Polipi uterini
Emotrasfusioni	NO	n.d.
Reazioni Trasfusionali	NO	n.d.
Allergie ai farmaci /Altre Allergie	NO	n.d.
Malattie internistiche e muscolo-scheletriche	SI	Poliartroalgia (rachide)

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

Giunge alla nostra osservazione per effettuare valutazione fisiatrica per intraprendere percorso  
fisioterapico

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	MOSCA	<b>Nome</b>	ANTONELLA	<b>Anno di nascita</b>	1969	<b>Cartella clinica n.</b>	1872/1
----------------	-------	-------------	-----------	------------------------	------	----------------------------	--------

**ANAGRAFICA – ANAMNESTICA***ESAME OBIETTIVO GENERALE***Tipo costituzionale:** Normotipo**Decubito:** indifferente**Età 53   Peso Kg.: 68   Altezza cm.: 160****Pressione:** n.d. **Polso:** regolare **Respiro:** eupnoico**Temperatura:** n.d. **Saturazione:** n.d.**Sensorio:** Vigile**Cute:** eutrofica**Pannicolo adiposo:** normorappresentato**Linfoghiandole palpabili:** NO**Apparato locomotore:** Non indenne**ANAMNESI RIABILITATIVA:**

n.d.

**Data**

02/02/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	MOSCA	<b>Nome</b>	ANTONELLA	<b>Anno di nascita</b>	1969	<b>Cartella clinica n.</b>	1872/1
----------------	-------	-------------	-----------	------------------------	------	----------------------------	--------

**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**

02/02/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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