

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DE ROSA	<b>Nome</b>	FLORA	<b>Anno di nascita</b>	1974	<b>Cartella clinica n.</b>	1840/1
----------------	---------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	--------

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

Cognome **DE ROSA** Nome **FLORA** nata a **Pomigliano d'Arco** il **29/09/1974** residente a **Casalnuovo di Napoli (NA)**, in **Via Antonio Gramsci,20**

ASL: , Distretto:

Codice Fiscale: **DRSFLR74P69G8120**

Telefono: **3921844431**

**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 , spalla sinistra dolorosa

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

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

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

**Fratelli viventi:** 2 F+ 2M

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

**Malattie ereditarie:** n.d.

**Tumori:** no

**Familiarità/Patologie:** si

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DE ROSA	<b>Nome</b>	FLORA	<b>Anno di nascita</b>	1974	<b>Cartella clinica n.</b>	1840/1
----------------	---------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	--------

**Note:** familiarità per ma.epilettica

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DE ROSA	<b>Nome</b>	FLORA	<b>Anno di nascita</b>	1974	<b>Cartella clinica n.</b>	1840/1
----------------	---------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	--------

**ANAMNESI FISIOLÓGICA:**

<b>Nato da parto eutocico</b>	NO	n.d.
<b>Sviluppo Psicomotorio</b>	NO	n.d.
<b>Menarca</b>	SI	12
<b>Menopausa</b>		44 anni circa
<b>Alvo regolare</b>	SI	
<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>	NO	Quantità in ml/die: n.a.
<b>Fumo</b>	NO	Quantità pro die: n.d.

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

<b>Malattie Infettive</b>	SI	Cistiti episodiche
<b>Malattie App. cardiovascolare</b>	NO	n.d.
<b>Malattie App. respiratorio</b>	SI	Allergia ai pollini
<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	tagli cesarei (2) Appendicectomy
<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	Cervicalgia con s. brachiale Spalla sinistra dolorosa

**NOTE:**

In corso terapia contraccettiva

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Giunge alla nostra osservazione per effettuare valutazione fisiatrica

**ANAGRAFICA – ANAMNESTICA**

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DE ROSA	<b>Nome</b>	FLORA	<b>Anno di nascita</b>	1974	<b>Cartella clinica n.</b>	1840/1
----------------	---------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	--------

**ESAME OBIETTIVO GENERALE****Tipo costituzionale:** Normotipo**Decubito:** indifferente**Età** 48 **Peso Kg.:** 55 **Altezza cm.:** circa 160**Pressione:** 115/80 mmHg **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**

12/01/2023

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DE ROSA	<b>Nome</b>	FLORA	<b>Anno di nascita</b>	1974	<b>Cartella clinica n.</b>	1840/1
----------------	---------	-------------	-------	------------------------	------	----------------------------	--------

**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****Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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