

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DE CAPRIO	<b>Nome</b>	ASSUNTA	<b>Anno di nascita</b>	1946	<b>Cartella clinica n.</b>	000700/1
----------------	-----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

## ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

**GENERALITÀ DELL'ASSISTITO:**

Cognome **DE CAPRIO** Nome **ASSUNTA** nata a **Afragola** il **03/10/1946** residente a

**Afragola (NA)**, in **Via Salicelle isolato 24 scala c**

**ASL: NAPOLI 2 Nord**, **Distretto: DS44**

Codice Fiscale: **DCPSNT46R43A064P**

Telefono: **338 3734239**

**CONTATTI DI RIFERIMENTO:**

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

Cognome **Del Mondo** Nome **Anna** nata a **Casoria** il **20/06/1975** residente a **Afragola (NA)**, in **Via Salicelle**

Codice Fiscale: **DLMNNA75H60B990R**

Telefono: **338 3734239**

Documento Riconoscimento: **AY9173593**

**MEDICO PRESCRITTORE: FUSCO MARCELLO**

**DIAGNOSI:**

**EVENTUALI NOTE:**

Ipostenia ed insufficienza respiratoria

## ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

### ANAMNESI FAMILIARE:

**ANAMNESI FAMILIARE**

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

**Padre deceduto:** Si - Causa: Insufficienza respiratoria

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

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

**Malattie ereditarie:** n.d.

**Tumori:** no

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DE CAPRIO	<b>Nome</b>	ASSUNTA	<b>Anno di nascita</b>	1946	<b>Cartella clinica n.</b>	<b>000700/1</b>
----------------	-----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	-----------------

**Familiarità/Patologie:** si

**Note:** Patologia respiratoria cronica

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DE CAPRIO	<b>Nome</b>	ASSUNTA	<b>Anno di nascita</b>	1946	<b>Cartella clinica n.</b>	000700/1
----------------	-----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

**ANAMNESI FISIOLOGICA:**

<b>Nato da parto eutocico</b>	SI	n.d.
<b>Sviluppo Psicomotorio</b>	SI	n.d.
<b>Menarca</b>	SI	circa 11
<b>Menopausa</b>	SI	47 aa
<b>Alvo regolare</b>	NO	irregolarità
<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	Epatopatia HCV correlata
<b>Malattie App. cardiovascolare</b>	SI	Ipertensione arteriosa
<b>Malattie App. respiratorio</b>	SI	Insufficienza respiratoria ed apnee notturne
<b>Malattie App. digerente</b>	SI	Gastropatia Epatopatia
<b>Malattie App. urinario</b>	SI	Insufficienza renale cronica
<b>Malattie Sistema Emopoietico</b>	SI	Pregressi episodi carenziali
<b>Malattie Sistema Nervoso</b>	SI	Encefalopatia (vascolare ed iperammoniemica) Trattamento con antiepilettici
<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	Frattura femore sinistro (circa 12 anni or sono) trattata con osteosintesi
<b>Emotrasfusioni</b>	SI	Effettuata emotrasfusione in occasione dell'intervento di osteosintesi
<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	Poliartralgia

**NOTE:**

Terapia farmacologica:

Pantoprazolo 40 mg cp 1 cp/die

Laevolac sosp 2 ml x2/die

DAA (trattamento antivirale attualmente sospeso)

Vimpat 100 mg cp 1 cp/die

Normix 200 mg 1 cp x 2 / die

Insulinoterapia : Humalog 6 + 12 + 8 unità

**PAZIENTE:**

<b>Cognome</b>	DE CAPRIO	<b>Nome</b>	ASSUNTA	<b>Anno di nascita</b>	1946	<b>Cartella clinica n.</b>	000700/1
----------------	-----------	-------------	---------	------------------------	------	----------------------------	----------

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

Giunge alla nostra osservazione per effettuare terapia riabilitativa neuromotoria in regime domiciliare su precrizione ASL

## ANAGRAFICA – ANAMNESTICA

*ESAME OBIETTIVO GENERALE*

**Tipo costituzionale:** Brachitipo

**Decubito:** indifferente

**Età** 76 anni      **Peso Kg.:** circa 85      **Altezza cm.:** circa 160

**Pressione:** 120/70 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:** Non indenne

### ANAMNESI RIABILITATIVA:

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

**Data**

14/12/2022

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

#29984 | Ordine Medici di Napoli - Medici

Chirurghi ed Odontoiatri

**PAZIENTE:**

Cognome	DE CAPRIO	Nome	ASSUNTA	Anno di nascita	1946	Cartella clinica n.	000700/1
---------	-----------	------	---------	-----------------	------	---------------------	----------

**AGGIORNAMENTO ANAMNESI:**

n.d.	
<b>Genetica:</b>	
<b>Metab – Endocr:</b>	Diabete mellito insulinotratato
<b>Neurologica:</b>	Vasculopatia cerebrale
<b>Ortopedica:</b>	
<b>Chirurgica:</b>	
<b>Infettiva:</b>	
<b>Altro:</b>	

**Data**

14/12/2022

**Medico Responsabile**

Dott./Dott.ssa Bertogliatti Sergio

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