

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

COMPILARE FRONTE E RETRO

DA CONSEGNARE DIRETTAMENTE AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE

DATA DI NASCITA

Qualcuno dei parenti più stretti (Genitori e nonni) è / è stato affetto da una delle patologie seguenti?

- Ipertensione (INDICARE CHI)
- Diabete (INDICARE CHI)
- Patologie cardiologiche (INDICARE CHI E SPECIFICARE LA PATOLOGIA)
- Patologie tumorali (INDICARE CHI).....
- Altro (INDICARE CHI)
- NESSUNA

Qualcuno dei parenti più stretti è deceduto prima dei 60 anni di età?

- NO SI Se SI: Chi, a quanti anni e di cosa?
.....

ANAMNESI FISIOLÓGICA (ha avuto problemi durante l'accrescimento?)

- REGOLARE (nulla da segnalare)
- Altro

FUMA?

- NO
- SI. QUANTE?
- EX DAL?

ASSUME ALCOOL?

- SI
- OCCASIONALMENTE (Vino ai pasti)
- ASTEMIO

ANAMNESI PATOLOGICA

- NON HO NESSUNA PATOLOGIA CRONICA
- PATOLOGIE CRONICHE IN CORSO. QUALI?
.....



GIRARE IL FOGLIO

RIFERISCE SINTOMI CARDIOLOGICI (Sincopi, dispnea, dolore toracico, ecc)

- NO
- SI. QUALI?

ASSUME FARMACI ? Se SI, quali?

.....
.....

HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI CON RICOVERO IN OSPEDALE? Se SI, quali?

.....
.....

HA SUBITO INFORTUNI? (Come fratture) Se SI, quali?

.....

Dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non: essere mai stato dichiarato non idoneo, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro.

FIRMA

.....