

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

<p><i>Questo modulo deve essere compilato dall'interessato, rispondendo specificatamente a tutte le domande e regolarmente sottoscritto.</i></p>					
<p>TITOLARE DELL'ASSISTENZA:</p>					
<p>Io sottoscritto.....</p>					
<p>(cognome e nome)</p>					
<p>.....</p>					
<p>(data di nascita)</p>					
<p>.....</p>					
<p>(telefono)</p>					
<p>Indirizzo.....</p>					
<p>(via e numero)</p>		<p>(c.a.p.)</p>		<p>(città)</p>	
<p>1) È MAI STATO RICOVERATO IN CASA DI CURA, OSPEDALI, ECC., PER MALATTIE O INFORTUNI?</p>					
<p>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/></p>		<p>EPOCA</p>		<p>MOTIVO DEL RICOVERO (Diagnosi)</p>	
<p>.....</p>		<p>.....</p>		<p>.....</p>	
<p>.....</p>		<p>.....</p>		<p>.....</p>	
<p>HA SUBITO INTERVENTI OPERATORI?</p>					
<p>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>		<p>.....</p>	
<p>.....</p>		<p>.....</p>		<p>.....</p>	
<p>2) HA SOFFERTO O SOFFRE DI MALATTIE? IN CASO DI RISPOSTA AfferMATIVA SPECIFICARNE IL TIPO, L'EPOCA DI INSORGENZA E LA DURATA</p>					
<p>DELL'APPARATO RESPIRATORIO?</p>		<p>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/></p>		<p>pleuriti <input type="checkbox"/></p>	<p>DURATA</p>
<p>.....</p>		<p>.....</p>		<p>broncopatie <input type="checkbox"/></p>	<p>EPOCA</p>
<p>.....</p>		<p>.....</p>		<p>enfisema <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>.....</p>		<p>tumori <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>.....</p>		<p>altre <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p>
<p>DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO?</p>					
<p>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/></p>		<p>infarto <input type="checkbox"/></p>		<p>DURATA</p>	<p>EPOCA</p>
<p>.....</p>		<p>angina pectoris <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>ipertensione <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>insuff. cardiaca <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>varici <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>artereopatie <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>altre <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE?</p>					
<p>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/></p>		<p>epilessia <input type="checkbox"/></p>		<p>DURATA</p>	<p>EPOCA</p>
<p>.....</p>		<p>ictus cerebrale <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>morbo di Parkinson <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>tumori <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>malattie psichiatriche <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>altre <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO?</p>					
<p>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/></p>		<p>diabete mellito <input type="checkbox"/></p>		<p>DURATA</p>	<p>EPOCA</p>
<p>.....</p>		<p>gotta <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>alt. tiroide e paratiroidi <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>.....</p>		<p>altre <input type="checkbox"/></p>		<p>.....</p>	<p>.....</p>

			DURATA	EPOCA
DELL'APPARATO UROLOGICO?	no	si	nefrite	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	calcolosi renale	<input type="checkbox"/>
			insuff. renale	<input type="checkbox"/>
			tumori	<input type="checkbox"/>
			altre	<input type="checkbox"/>
			DURATA	EPOCA
DELL'APPARATO GENITALE?	no	si	m. della prostata	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. della mammella	<input type="checkbox"/>
			m. delle ovaie	<input type="checkbox"/>
			m. dell'utero	<input type="checkbox"/>
			altre	<input type="checkbox"/>
			DURATA	EPOCA
DELL'APPARATO DIGERENTE?	no	si	gastrite	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ulcera gastro-duodenale	<input type="checkbox"/>
			malattie dell'intestino	<input type="checkbox"/>
			tumori	<input type="checkbox"/>
			cirrosi epatica	<input type="checkbox"/>
			epatite	<input type="checkbox"/>
			calcolosi epatica	<input type="checkbox"/>
		altre	<input type="checkbox"/>	
			DURATA	EPOCA
MALATTIA DELL'APPARATO OSTEO-ARTICOLARE E LOCOMOTORE?	no	si	artrosi	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	artride reumatoide	<input type="checkbox"/>
			distrofia muscolare	<input type="checkbox"/>
			altre	<input type="checkbox"/>
			DURATA	EPOCA
DEL SANGUE?	no	si	anemie	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	malattie emorragiche	<input type="checkbox"/>
			leucemie	<input type="checkbox"/>
			altre	<input type="checkbox"/>
			DURATA	EPOCA
DELL'APPARATO VISIVO?	no	si	cataratta	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	distacco retina	<input type="checkbox"/>
			glaucoma	<input type="checkbox"/>
			altre	<input type="checkbox"/>
			indicazione del visus	<input type="checkbox"/>
3) È STATO SOTTOPOSTO A TERAPIA RADIANTE?			EPOCA	MOTIVAZIONE SANITARIA
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) HA IMPERFEZIONI FISICHE O FUNZIONALI? (specificame la natura e l'entità)			no	si
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOFFRE DI PATOLOGIE CONGENITE?			no	si
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			alterazioni uditive	<input type="checkbox"/>
			alterazioni degli arti	<input type="checkbox"/>
			altre	<input type="checkbox"/>
			quali	<input type="checkbox"/>
			ESITI	
5) HA SUBITO TRAUMI O FRATTURE O LESIONI ACCIDENTALI? (specificame l'esito)			no	si
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			del cranio	<input type="checkbox"/>
			degli organi di senso	<input type="checkbox"/>
			degli arti	<input type="checkbox"/>
			di altre sedi	<input type="checkbox"/>

(*) Crocettare la casella che interessa, specificando dove richiesto

Si conferma che le dichiarazioni da me sopra fornite sono veritiere e complete e si riconosce che le stesse si riferiscono a circostanze essenziali agli effetti dell'erogazione dell'assistenza da parte della
In attesa di conoscere le determinazioni che verranno adottate, porgo distinti saluti.

..... II

(firma)