

STUDIO DENTISTICO ASSOCIATO ZULIAN PIPINATO

SCHEDA CLINICA DI ANAMNESI MEDICA

NOME.....
COGNOME.....
DATA DI NASCITA.....
INDIRIZZO.....

Attualmente è in buono stato di salute generale? Sì No
E' mai stato ricoverato in ospedale per malattie gravi? Sì
 No
Se sì, specificare

Fa uso di tabacco? Sì
 No
Fa uso di alcool? (Più di 1/2 l al dì) Sì
 No
Nome del medico curante.....

Attualmente è in cura per qualche patologia? Sì
 No
Se sì, specificare

Soffre di Osteoporosi? Sì
 No
Se sì, che farmaci assume?.....

Attualmente fa uso di farmaci? Sì
 No
Se sì, quali ?

E' in gravidanza? Sì
 No
Se sì, in quale mese?

HA MAI SOFFERTO DELLE SEGUENTI PATOLOGIE?

Cardiache:

- vizi valvolari Sì No
 No
- infarto Sì No
 No
- ipertensione Sì No
 No
- è portatore di protesi valvolari? Sì No
 No
- è portatore di pace-maker? Sì No
- altro Sì No

Apparato Renale:

- insufficienza renale Sì No
 No
- altro Sì No
 No

No

Apparato Endocrino:

- diabete Sì No
 No
- familiarità diabetica Sì No
 No

Apparato digerente:

- ulcera Sì
 No
- gastrite Sì
 No
- epatite A, B, C Sì
 No
- altro Sì
 No

Apparato Respiratorio:

- asma Sì
 No
- enfisema Sì
 No
- TBC Sì
 No
- altro Sì
 No

Apparato Nervoso:

- epilessia Sì
 No
- cefalee Sì
 No

- | | | | |
|----------------------------------|---|------------------------------|-----------------------------|
| - tiroide | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | - ischemie cerebrali | <input type="checkbox"/> Sì |
| <input type="checkbox"/> No | | | |
| - osteoporosi | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | - è in terapia psichiatrica? | <input type="checkbox"/> Sì |
| <input type="checkbox"/> No | | | |
| Generale: | | | |
| - alterazione della coagulazione | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | - chemioterapia | <input type="checkbox"/> Sì |
| <input type="checkbox"/> No | | | |
| - anemia | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | - terapia radiante | <input type="checkbox"/> Sì |
| <input type="checkbox"/> No | | | |
| - sinusite | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | - HIV + | <input type="checkbox"/> Sì |
| <input type="checkbox"/> No | | | |
| - glaucoma | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | - AIDS | <input type="checkbox"/> Sì |
| <input type="checkbox"/> No | | | |
| - allergie | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | - a quali sostanze? | <input type="checkbox"/> Sì |
| <input type="checkbox"/> No | | | |

Non è stata elencata qualche patologia che ritiene utile far conoscere?

Data,

Firma del paziente

.....