



M CENTRO
MEDICO
SPECIALISTICO
BAGANZA BAGANZA

Cognome	Nome	Data di nascita
---------	------	-----------------

ANAMNESI FAMILIARE

Indichi chi nella sua famiglia (genitori, nonni, fratelli o sorelle) ha o ha avuto una di queste malattie:

<input type="checkbox"/> Malattie cardiache	_____	<input type="checkbox"/> Malattie ai reni	_____
<input type="checkbox"/> Ipertensione	_____	<input type="checkbox"/> Malattie ai polmoni	_____
<input type="checkbox"/> Diabete	_____	<input type="checkbox"/> Morte improvvisa	_____
<input type="checkbox"/> Tumori	_____	<input type="checkbox"/> Altro	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/>	_____

ANAMNESI PERSONALE

Barrare le caselle riguardanti le malattie che ha avuto:

<input type="checkbox"/> Malattie cardiache Quali? _____	<input type="checkbox"/> Malattie alla Tiroide	<input type="checkbox"/> Flebiti
<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Varici
<input type="checkbox"/> Tachicardia	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> Epatite virale	<input type="checkbox"/> Febbre reumatica
<input type="checkbox"/> Defibrillatore cardiaco	<input type="checkbox"/> Cirrosi Epatica	<input type="checkbox"/> Otite
<input type="checkbox"/> Malattie ai polmoni Quali? _____	<input type="checkbox"/> Morbillo	<input type="checkbox"/> Ictus Cerebrali
<input type="checkbox"/> Polmonite	<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Artrite Reumatoide
<input type="checkbox"/> Pleurite	<input type="checkbox"/> Rosolia	<input type="checkbox"/> Scoliosi
<input type="checkbox"/> Sinusite	<input type="checkbox"/> Pertosse	<input type="checkbox"/> Trauma cranico
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Scarlattina	<input type="checkbox"/> Epilessia
<input type="checkbox"/> Attacchi di panico	<input type="checkbox"/> Tubercolosi	<input type="checkbox"/> Svenimenti – vertigini
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/> Fratture
<input type="checkbox"/> Malattie al fegato Quali? _____	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni, ecc)
	<input type="checkbox"/> Malattie alla prostata	<input type="checkbox"/> Lussazione dell'anca
	<input type="checkbox"/> Malattie ai reni	<input type="checkbox"/> Tumori
	<input type="checkbox"/> Malattie all'intestino	<input type="checkbox"/> Quali? _____

ANAMNESI PERSONALE COVID-19:

- Dichiaro non avere MAI riscontrato positività al COVID-19
- Dichiaro di aver riscontrato positività al COVID-19 con assenza di sintomi o sintomi lievi
- Dichiaro di aver riscontrato positività al COVID-19 con sintomatologia moderata, con assunzione di terapie senza ricovero ospedaliero
- Dichiaro di aver riscontrato positività al COVID-19 con sintomatologia severa o critica, con ricovero ospedaliero.

Ricoveri per interventi di:

ALLERGIE? Quali?

Prende farmaci? Quali?

Fumo? Alcol? Stupefacenti?

Porta occhiali o lenti a contatto Miopia Ipermetropia
 Astigmatismo Strabismo

Firma
(in caso di minore, firma di un genitore)
