



SCHEDA ANAMNESI (p. 1/2)

DATI ANAGRAFICI

NOME: _____ COGNOME: _____ DATA DI NASCITA: ____/____/____

ANAMNESI FAMILIARE

PADRE: vivente età |_____| affetto da _____
 deceduto causa _____

MADRE: vivente età |_____| affetta da _____
 deceduta causa _____

FRATELLI: Viventi M F Deceduti M F

MALATTIE EREDITARIE: _____
 TUMORI: _____
 NOTE: SI NO _____

CONDIZIONI SOCIO-CULTURALI ED AMBIENTALI

LIVELLO ISTRUZIONE: Laurea Diploma Terza media Quinta elementare Senza istruzione

ABITAZIONE: Buona Modesta Scadente CONDIZIONE SOCIO-ECONOMICA: Alta Media Bassa

ANIMALI DOMESTICI: SI NO _____

CONFESSIONE RELIGIOSA: _____

ANAMNESI FISIOLOGICA

NASCITA A TERMINE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____	ALVO REGOLARE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____
PARTO EUTOCICO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____	DIURESIS REGOLARE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____
SVILUPPO NORMALE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____	APPETITO REGOLARE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____
MENARCA: anni _____	VINO AI PASTI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO quantità in ml/die _____
MESTRUAZIONI REGOLARI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____	ALCOOLICI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO quantità in ml/die _____
Data ultima mestruazione ____/____/____	TABACCO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO sigarette pro die _____
MENOPAUSA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO età _____	ALTRO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____
MATRIMONIO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO età _____	
TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA O CONTRACCETTIVI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____	
GRAVIDANZE A TERMINE: n° _____	ETÀ PRIMA GRAVIDANZA: _____
ABORTI: n° _____	ALLATTAMENTO: mesi _____
FIGLI VIVENTI: n° _____	M n° _____ F n° _____
FIGLI DECEDUTI: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO n° _____	M n° _____ F n° _____ causa _____
NOTE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____	



Dona adesso

SCHEDA ANAMNESI (p. 2/2)

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

MALATTIE INFETTIVE:	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> HIV	_____
MALATTIE CARDIOVASCOLARI:	_____			
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:	_____			
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE:	_____			
MALATTIE DELL'APPARATO URINARIO:	_____			
EMOPATIE:	_____			
MALATTIE METABOLICHE:	_____			
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO:	_____			
MALATTIE VENEREE:	_____			
MALATTIE NEOPLASTICHE:	_____			
TRAUMI:	_____			
INTERVENTI CHIRURGICI:	_____			
INTOLLERANZE FARMACOLOGICHE:	_____			
ALTRO:	_____			

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il ____/____/____
dichiaro di essere stato informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e art. 134 DPR regolamento UE 2016/679 codice in materia di protezione dei dati personali comuni e sensibili, su: 1) le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute; 2) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati; 3) il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali; 4) il nome del titolare del trattamento dei dati personali; 5) l'impossibilità a procedere nel rapporto di cura nel caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.
Pertanto consapevole dei miei diritti esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali comuni e sensibili.
LUOGO E DATA _____ FIRMA _____