



Modulo di anamnesi

Nome _____ Cognome _____
Nato/a a _____ il _____
Indirizzo _____ Numero di telefono _____

Scolarità _____
Professione _____
Stato civile _____

Esenzioni attive:

Terapia cronica (per terapia cronica si intende l'assunzione di farmaci in modo continuativo per patologie note)

Allergie a farmaci

Vaccinazione antitetanica

No Non so Sì Ultimo richiamo _____

Fuma? No Sì Se sì, quante sigarette al giorno e da quanto tempo?

Beve alcolici? (vino, birra, superalcolici...) No Sì Se sì, quanto? _____

Beve caffè/the/coca-cola? No Sì Se sì, quanto? _____

Ha mai sofferto/soffre di:

Allergie	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Altre malattie respiratorie	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Otiti/sinusiti	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Anemia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Epilessia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Svenimenti	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Palpitazioni	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Dolore toracico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Vertigini	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Disturbi visivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Pressione elevata	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Diabete mellito	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Colesterolo elevato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Malattie gastro-intestinali	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Malattie del fegato/vie biliari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Mal. muscolo-scheletriche	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Malattie neurologiche	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Malattie tiroidee	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Neoplasie	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Malattie psichiatriche	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Malattie dei reni/vie urinarie	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Altro: _____	

Ha mai avuto incidenti stradali / interventi chirurgici / ricoveri?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

C'è qualcuno in famiglia (padre, madre, fratelli, nonni) che soffra o abbia sofferto di:

Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Diabete mellito	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Morte improvvisa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Malattie tiroidee	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Infarto cardiaco	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Malattie polmonari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Ipertensione	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Sclerosi multipla	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Colesterolo elevato	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Tumori	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Obesità	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Asma/allergie	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Epilessia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Malattie psichiatriche	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì