





MEDICO DI RIFERIMENTO			
ANAMNESI		<input type="checkbox"/> RACCOLTA INTERVISTANDO IL PAZIENTE <input type="checkbox"/> RACCOLTA IN FORMA PARZIALE INTERVISTANDO UN CONGIUNTO <input type="checkbox"/> IMPOSSIBILE DA RACCOGLIERE PER:	
ANAMNESI FAMILIARE			
ANAMNESI FISIOLOGICA			
PARTO EUTOCICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NASCITA PREMATURA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		ALLATTAMENTO AL SENO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
SVILUPPO NORMALE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		SPECIFICARE	
MENARCA AD ANNI		DATA ULTIMA MESTRUAZIONE	
MESTRUAZIONI REGOLARI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		SPECIFICARE	
NUMERO GRAVIDANZE		ATERMINE	ABORTI
MENOPAUSA AD ANNI		<input type="checkbox"/> FSIOLGICA <input type="checkbox"/> CHIRURGICA	
DISTURBI CLIMATERIO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		SPECIFICARE	
ALVO	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> DIARROICO <input type="checkbox"/> STIPTICO <input type="checkbox"/> INCONTINENZA		
DIURESIS	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> NICTURIA <input type="checkbox"/> POLIURIA <input type="checkbox"/> INCONTINENZA <input type="checkbox"/> URGENZA <input type="checkbox"/> ANURIA		
ALIMENTAZIONE			
PESO	kg	ALTEZZA	m
		<input type="checkbox"/> MISURATO	<input type="checkbox"/> RIFERITO
		BMI peso (kg)/ altezza <sup>2</sup> (m)	
SCREENING NUTRIZIONALE		BMI < 20 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		PERDITA DI PESO INVOLONTARIA (>10%) NEI TRE MESI PRECEDENTI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		RIDUZIONE DELL'INTROITO ALIMENTARE NELL'ULTIMA SETTIMANA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		MALATTIAGRAVE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ATTIVITÀ LAVORATIVA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SPECIFICARE
		MALATTIA PROFESSIONALE RICONOSCIUTA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
		SPECIFICARE	
		ESPOSIZIONE PROFESSIONALE A SOSTANZE PERICOLOSE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
		SPECIFICARE	
PAESE DI PROVENIENZA			
HA DIMORATO IN ZONE TROPICALI		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI QUALI QUANDO	
DIPENDENZE	CONSUMO ALCOLICI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI SPECIFICARE		
	TABACCO <input type="checkbox"/> NON FUMATORE <input type="checkbox"/> FUMATORE N° SIGARETTE/DIE <input type="checkbox"/> NON FUMA DA ANNI, FUMAVA N° SIGARETTE/DIE		
	ALTRE DIPENDENZE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI SPECIFICARE		





<b>STATO DI NUTRIZIONE</b>	
<b>STATO DI COSCIENZA</b>	
<b>DECUBITO</b>	
<b>CUTE E ANNESSI CUTANEI</b>	
<b>CIANOSI</b>	
<b>RESPIRO</b>	
<b>EDEMI</b>	
<b>CAPO</b>	
<b>COLLO</b>	
<b>LINFONODI</b>	

<b>COMPILATO DA</b>	<b>DATA</b>	<b>ORA</b>	<b>FIRMA</b>
<b>VALIDATO DA</b>	<b>DATA</b>	<b>ORA</b>	<b>FIRMA</b>

TORACE ED  
APPARATO  
RESPIRATORIO

MAMMELLE

APPARATO  
CARDIOVASCOLARE

CUORE

ARTERIE

	CAROTIDE	RADIALE	FEMORALE	POLIPTEA	PEDIDIA	TIBIALE
DESTRA						
SINISTRA						

TURGORE GIUGULARE  
REFLUSSO ADDOMINO  
GIUGULARE

ADDOME

<b>APPARATO URO-GENTALE</b>	
<b>APPARATO OSTEOARTICOLARE</b>	
<b>ARTI</b>	
<b>SISTEMA NERVOSO</b>	

<b>COMPILATO DA</b>	<b>DATA</b>	<b>ORA</b>	<b>FIRMA</b>
<b>VALIDATO DA</b>	<b>DATA</b>	<b>ORA</b>	<b>FIRMA</b>