	COGNOME	
	NOME	Ospedali Riuniti di T
	DATA DI NASCITA	Servizio S Ospe
	SE RICOVERO PROGRAMMATO	N° CARTELLA CI
	DATA PRENOTAZIONE	STRUTTURA CO
l		



MOTIVO DEL RICO	VERO			
e de la companya de l				
FARMACI ASSUNT				
1 ARMACI ACCOUNT	1 A DOMICILIO			
		4, 10		
ALLERGIE				
		41 - July 1 - 1 - 3 - 3		
		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
QUADRO CLINICO	DINIZIALE			
DOLORE NRS (0-10 CARATTERIS	TICHE		
□ SI □ NO				
PA	FC	FR	тс	
10	FU	ΓK	10	

	DATA	ORA	FIRMA
OMPILATO DA	DATA	ORA	FIRMA

ES	
5	
7	
Z	
Σ	
A	
7	
Z	
1	
No. of Concession,	

MEDICO DI RIFERIMENTO							
ANAMNESI RACCOLTA			ACCOLTA	A INTERVISTANDO IL PAZIENTE			
			A IN FORMA PARZIALE INTERVISTANDO UN CONGIUNTO				
		□ IIV	IPOSSIBI	LE DA RACCOGLIERE PER:			
ANAMNESI FA	MILIARE						
			- 51351				
ANAMNESI FIS	SIOLOGICA	\					
PARTO EUTOCIO	o sic	□ NO I	NASCITA F	PREMATURA □ SI □ NO ALLATTAMENTO AL SENO □ SI □ NO			
SVILUPPO NOF	RMALE 🗆	SI 🗆 NO		SPECIFICARE			
MENARCA AD	ANNI			DATA ULTIMA MESTRUAZIONE			
MESTRUAZIONI	REGOLAR	I □ SI □ N	0	SPECIFICARE			
NUMERO GRA	VIDANZE			ATERMINE ABORTI			
MENOPAUSA	AD ANNI			☐ FISIOLOGICA ☐ CHIRURGICA			
DISTURBI CLIM	IATERIO [□ NO □ SI		SPECIFICARE			
ALVO	□ NORIMA	ALE	□ DIARR	OICO - STIPTICO - INCONTINENZA			
DIURESI	□ NORIMA	ALE.	□ NICTUI	RIA 🗆 POLIURIA 🗆 INCONTINENZA 🗆 URGENZA 🗆 ANURIA			
ALIMENTAZIO	NE						
PESO	kg	ALTEZZA		m ☐ MISURATO ☐ RIFERITO BMI peso (kg)/ altezza²(m)			
SCREENING N	NUTRIZION	ALE	BMI < 20	0 □ SI □ NO			
			PERDIT	A DI PESO INVOLONTARIA (>10%) NEI TRE MESI PRECEDENTI ☐ SI ☐ NO			
			RIDUZIO	ONE DELL'INTROITO ALIMENTARE NELL'ULTIMA SETTIMANA □ SI □ NO			
			MALATI	ΠAGRAVE □ SI □ NO			
ATTIVITÀ LAVO	RATIVA		□ SI	□ NO SPECIFICARE			
			MALAT	TIA PROFESSIONALE RICONOSCIUTA 🗆 NO 🗆 SI			
			SPECIF	FICARE			
			1,930	ZIONE PROFESSIONALE A SOSTANZE PERICOLOSE			
SPECIF		SPECIF	ICARE				
PAESE DI PROVENIENZA							
HA DIMORATO	IN ZONE 1	ROPICALI		O □ SI QUALI QUANDO			
DIPENDENZE	CONSUM	O ALCOLICI		□ SI SPECIFICARE			
1	TABACCO		NON FUN	MATORE ☐ FUMATORE N° SIGARETTE/DIE			
ALTRE DIPENDENZE □ NO				SI SPECIFICARE			

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA - Riportare sempre le patologie croniche e la presenza di apparecchi, protesi e cateteri di cui il paziente è portatore

SADIL ATO DA	DATA	00.4	EIDMA
<u></u>			
-			
,			
ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA	A		

COMPILATO DA	DATA	ORA	FIRMA
VALIDATO DA	DATA	ORA	FIRMA

STATO DI NUTRIZIONE	
STATO DI COSCIENZA	
DECUBITO	
CUTE E ANNESSI	
CUTANEI	
CIANOSI	
DECRUDO	
RESPIRO	
EDEMI	
LDLIIII	
CAPO	
COLLO	
	the second section and the second section of the second section is second section to the second section of the
LINFONODI	
LINI ONODI	

COMPILATO DA	DATA	ORA	FIRMA
VALIDATO DA	DATA	ORA	FIRMA

TORACE ED APPARATO RESPIRATORIO							
			;				
MAMMELLE							
APPARATO CARDIOVASCOLARE							
CUORE							
ARTERIE		CAROTIDE	RADIALE	FEMORALE	POLIPTEA	PEDIDIA	TIBIALE
	DESTRA SINISTRA						
TURGORE GIUGULARE REFLUSSO ADDOMINO GIUGULARE							
TURGORE GIUGULARE REFLUSSO ADDOMINO							
TURGORE GIUGULARE REFLUSSO ADDOMINO GIUGULARE							

.

APPARATO URO-GENITALE	
APPARATO OSTEOARTICOLARE	
ARTI	
SISTEMA NERVOSO	

COMPILATO DA	DATA	ORA	FIRMA
VALIDATO DA	DATA	ORA	FIRMA