

Cartella Clinica

Paziente:

Anamnesi

Paziente:

Legenda

No	Mai
Occasionale	Più di una volta al mese
Frequente	Più di una volta alla settimana
Continuo	Tutti i giorni, più di una volta al giorno

Farmaci

Prodotti farmaceutici presi abitualmente

Eccitanti	<input type="checkbox"/> Si
Tranquillanti	<input type="checkbox"/> Si
Miorilassanti	<input type="checkbox"/> Si
Antiinfiammatori	<input type="checkbox"/> Si
Antidolorifici	<input type="checkbox"/> Si
Cortisone	<input type="checkbox"/> Si
Insulina	<input type="checkbox"/> Si
Pillola anticoncezionale	<input type="checkbox"/> Si
Altro	

Altre informazioni utili per l'inquadramento diagnostico

Annotazioni	
-------------	--

Informazioni di carattere generale

Nascita

Nascita a termine	<input type="checkbox"/> Si
Nascita prematura	<input type="checkbox"/> Si
Nascita post-termine	<input type="checkbox"/> Si

Destro/Mancino

Destro	<input type="checkbox"/> Si
Mancino	<input type="checkbox"/> Si
Mancino corretto	<input type="checkbox"/> Si

Allattamento

Allattamento materno	<input type="checkbox"/> Si
Allattamento artificiale	<input type="checkbox"/> Si
Succhiamento del dito	<input type="checkbox"/> Si

Varie

Allergie	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Sensazione di freddo	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Convulsione	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Vertigini	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Stanchezza	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Febbre	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Mal di testa	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Insonnia	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Perdita di peso	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Nervosismo-depressione	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Tremore	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Intorpidimenti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Sudorazioni	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Nevralgie	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Nevralgia trigeminale	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Gastro-Intestinale

Alito cattivo	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Eruttazioni o gas	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Stitichezza	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Digestione difficile	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Dilatazione dell'addome	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Fame o sete eccessiva	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Disturbi alla cistifellea	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Emorroidi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Itterizia	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Disturbi di fegato	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Nausea	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male di stomaco	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Appetito	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Mancanza di appetito	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Vomito	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Diarrea	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Coliche epatiche	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Cardio-Vascolare

Pressione del sangue alta	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Pressione del sangue bassa	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Tachicardia	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Bradycardia	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Piedi gonfi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Aritmie	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Formicolii alle mani	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Mani o piedi freddi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Respiratorio

Male al torace	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Tosse cronica	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Respirazione difficile	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Catarro	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Catarro con sangue	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Pelle

Foruncoli	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Facilità alle ecchimosi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Pelle secca:orticaria	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Prurito	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Eruzione della pelle	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Vene varicose	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Psoriasi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Muscoli e articolazione

Artriti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Borsiti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Disturbi ai piedi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male di schiena	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Lombaggine	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Articolazioni gonfie	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male al collo o rigidezza	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male fra le spalle	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti alle spalle	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti ai gomiti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti mani	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti alle anche	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti gambe	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti alle ginocchia	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti ai piedi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Occhi, Orecchie, Naso, Bocca, Gola

Tensioni agli occhi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Diminuzione della vista	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Congiuntiviti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male d'orecchi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Rumori alle orecchie	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Diminuzione dell'udito	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Disturbi dell'equilibrio	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Raffreddore	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Febbre da fieno	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Ostruzioni nasali	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Perdita di sangue al naso	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Sinusiti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Raucedine	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Mal di gola	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Tonsilliti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Ghiandole ingrossate	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Tiroide ingrossata	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Stomatiti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Gengiviti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Genito-Urinari

Enuresi notturna	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Sangue nell'urina	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Urinazione frequente	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Incapacità di controllare l'urina	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Infezioni dei reni o calcoli	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Urinazione dolorosa	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Disturbi della prostata	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Coliche renali	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Femminili

Gonfiore al seno	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Mammelle congestionate	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Noduli alle mammelle	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Ciclo irregolare	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Flusso mestruale irregolare	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Assenza di flusso	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Mestruazioni dolorose	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Perdite vaginali	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Malattie e cure

Malattie presenti o passate

Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Si
Anemia	<input type="checkbox"/> Si
Artrite	<input type="checkbox"/> Si
Gozzo	<input type="checkbox"/> Si
Gotta	<input type="checkbox"/> Si
Ernia del disco	<input type="checkbox"/> Si
Leucemia cronica	<input type="checkbox"/> Si
Infarto miocardico	<input type="checkbox"/> Si
Morbillo	<input type="checkbox"/> Si
Diabete	<input type="checkbox"/> Si
Difterite	<input type="checkbox"/> Si
Eczema	<input type="checkbox"/> Si
Enfisema	<input type="checkbox"/> Si
Osteoporosi	<input type="checkbox"/> Si
Epilessia	<input type="checkbox"/> Si
Micosi	<input type="checkbox"/> Si
Lupus	<input type="checkbox"/> Si
Reumatismo articolare acuto	<input type="checkbox"/> Si
Sclerosi multipla	<input type="checkbox"/> Si
Diverticolosi	<input type="checkbox"/> Si
Parotite epidermica (orecchioni)	<input type="checkbox"/> Si
Pleurite	<input type="checkbox"/> Si
Polmonite	<input type="checkbox"/> Si
Poliemielite	<input type="checkbox"/> Si
Febbre reumatica	<input type="checkbox"/> Si
Morbo di parkinson	<input type="checkbox"/> Si
Febbre tifoidea	<input type="checkbox"/> Si
Ulcera	<input type="checkbox"/> Si
Malattie veneree	<input type="checkbox"/> Si
Pertosse	<input type="checkbox"/> Si
Epatite virale	<input type="checkbox"/> Si
Fibroma uterino	<input type="checkbox"/> Si
Appendicite	<input type="checkbox"/> Si

Precedenti cure odontoiatriche

Otturazioni	<input type="checkbox"/> Si
Estrazioni	<input type="checkbox"/> Si
Devitalizzazioni	<input type="checkbox"/> Si
Ortodonzia	<input type="checkbox"/> Si
Ponti o corone	<input type="checkbox"/> Si
Protesi mobile	<input type="checkbox"/> Si

Problemi articolari della mandibola

Rumore di tipo scroscio (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
Rumore di tipo scroscio (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
Rumore di tipo click (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
Rumore di tipo click (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
Dolori occasionali (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
Dolori occasionali (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
Dolori aprendo la bocca (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
Dolori aprendo la bocca (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
Dolori chiudendo la bocca (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
Dolori chiudendo la bocca (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
Dolori costanti (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
Dolori costanti (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
Dolori dopo i pasti (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
Dolori dopo i pasti (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
Questi disturbi sono in progressivo peggioramento?	<input type="checkbox"/> Si

Varie

Principale disturbo attuale e da quanto tempo persiste	
Descriva eventuali interventi chirurgici subiti e relative date	
Ha problemi ai piedi o alle caviglie?	
Porta il tacco rialzato?	<input type="checkbox"/> Si
Porta la suola rialzata?	<input type="checkbox"/> Si
Porta il plantare?	<input type="checkbox"/> Si
Ha avuto incidenti stradali quest'anno?	<input type="checkbox"/> Si
Ha avuto incidenti stradali negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> Si
Ha avuto incidenti stradali più di 5 anni fa?	<input type="checkbox"/> Si
Descriva quale trauma ha riportato in seguito all'incidente (contusione, frattura/e, colpo di frusta, ecc.)	
Ha avuto qualche altri trauma o incidente (caduta da cavallo, dalle scale, sciando, ecc.)	
Posizione preferita per addormentarsi	
Pratica dello sport	
Ha avuto aborti spontanei?	<input type="checkbox"/> Si
Ha avuto aborti provocati?	<input type="checkbox"/> Si