

Data

Nome Cognome

Luogo di nascita.....

Data di nascita

Residenza (indirizzo completo)

Via.....

Città.....

Recapiti

Cellulari

Indirizzi mail

Medico di famiglia

Nome.....

Indirizzo.....

Contatti

Altre prese in carico

Nome.....

Indirizzo.....

Contatti

Annotazioni

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data.....

ANAMNESI NUCLEO FAMILIARE

Nome Cognome.....

Data e luogo di nascita.....

Istruzione.....

Professione

Annotazioni significative (malattie, incidenti, farmaci, esperienze traumatiche)

.....
.....
.....
.....

Coniuge

Nome Cognome.....

Data e luogo di nascita.....

Istruzione.....

Professione

Annotazioni significative (malattie, incidenti, farmaci, esperienze traumatiche)

.....
.....
.....
.....

Vincolo che lega la coppia (matrimonio, separazione, convivenza da quando e per quanto tempo)

.....

Descrizione sintetica della casa.....

.....

Annotazioni:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FAMIGLIA ORIGINE

Data.....

ANAMNESI FAMIGLIA DI ORIGINE

Disegna l'ALBERO GENEALOGICO (Nomi, età, eventuali date del decesso)

Bisnonni

Nonni

Genitori

Figli

Migrazioni e trasferimenti

.....
.....

Annotazioni:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Per quale motivo si è rivolto ad uno specialista?

.....

.....

Come e dove ha trovato i contatti?

.....

Qual è il quadro dei sintomi che ha osservato?

.....

.....

.....

Da quando li osserva?

.....

.....

Ha osservato degli sviluppi nel tempo?

.....

.....

Ha associato delle condizioni specifiche alla manifestazione dei sintomi?

.....

.....

E' la prima volta che osserva tali sintomi in famiglia?

.....

Se no, in quali altre occasioni si sono manifestati?

.....

.....

Sono stati fatti interventi in precedenza?

.....

.....

.....

I precedenti interventi come si sono sviluppati/conclusi?

.....

.....

.....

.....