

QUESTIONARIO DELLA STORIA CLINICA

DA COMPILARE INSIEME AL MEDICO CURANTE

NOME	COGNOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	
SESSO	
ETA'	

Le chiediamo gentilmente di rispondere alle seguenti domande, al fine di avere un quadro generale sulla sua storia clinica per procedere al Servizio di Visita Specialistica a distanza.

Le informazioni, raccolte nel presente modulo, saranno visionate dai clinici della Fondazione Policlinico A. Gemelli e mantenute riservate.

FARMACI

Si richiede di riportare, di seguito, la terapia farmacologica che regolarmente viene assunta (compresi, lassativi, sonniferi, aspirina, pillola contraccettiva, farmaci omeopatici)

NOME DEL FARMACO	DOSE	MATTINO	POMERIGGIO	SERA

Allergia ai farmaci?

No Si (se si indicare quali)

.....

.....

.....

Quali farmaci prende in sostituzione?

.....

.....

.....

ALLERGIE

Specificare il tipo di allergene (respiratorio, alimentare, intradermico...) e il tipo di reazione da esso scatenata

ALLERGENE	REAZIONE	ALLERGENE	REAZIONE

INFORMAZIONI PERSONALI

Occupazione _____

Stato civile nubile/celibe sposato/a separato divorziato convivente vedovo/a

Numero di figli _____

Che tipo di tabacco fuma/ ha fumato? sigarette sigari pipa tabacco da masticare non fumatoreDa quando, e per quanto tempo ha fumato? _____ al giorno per _____ anni non fumatore

Che quantità di alcol assume al giorno? _____

Quanti caffè beve al giorno? _____

Specificare il tipo di droghe che assume/ ha assunto in passato _____

Peso: Kg _____ Altezza _____

Ultimamente ha perso peso? No Sì (se si indicare quanto) _____**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA**

Specificare quali disturbi avverte o ha avvertito in passato:

GENERALE	OCCHI	OTORINO	APPARATO CARDIO-POLMONARE
ho perso _____ kg nelle ultime _____ settimane	visione doppia	dolore alla bocca/gola	claudicatio
febbre, brividi	abbassamento della vista	otodinia	dolore toracico
insufficienza renale	dolore oculare	sanguinamento/secrezione dall'orecchio	scompenso cardiaco
stanchezza/affaticamento	lacrimazione	mal di denti	dispnea
	Secchezza oculare	epistassi	angina
		mucorrea	asma/affanno
		nevralgia facciale	emoftoe
		abbassamento dell'udito	aritmie
		acufeni	
		vertigini	bronchite

APPARATO GENITO-URINARIO	APPARATO MUSCOLOSCHIELETICO	NEUROLOGIA	APPARATO GASTROINTESTINALE
disuria	dolore al collo o alla schiena	ictus	melena/rettorragia

stranguria	dolori muscolari	paralisi facciale	ulcera gastrica
ematuria	artrite	intorpidimento a faccia, braccia, gambe	pirosi retrosternale
		TIA	diarrea
		paralisi a gambe o braccia	nausea/vomito
		trauma cranico	uso frequente di antiacidi
		confusione	dolore addominale
		convulsioni	disfagia
		temporanea perdita della vista e del linguaggio	
		perdita di memoria	
		emicrania	

DERMATOLOGIA	MALATTIE INFETTIVE	PSICHIATRIA
tumori dermatologici	epatite	ansia o attacchi di panico
allergia garze, lattice, tintura di iodio	sifilide	depressione
	TBC	allucinazioni
	HIV/AIDS	schizofrenia
	mononucleosi	altri disturbi psichiatrici (specificare)
	herpes	
	altre (specificare)	

Ha effettuato una visita cardiologica nel corso dell'ultimo anno?

No

Si

(se si indicare quali dei seguenti accertamenti è stato sottoposto)

- Visita ed ECG
- EcoCardiogramma
- Test da sforzo
- Holter ed ECG 24 H
- In emergenza: Per quale motivo o sintomo?

.....

PRECEDENTI TRATTAMENTI

CHIRURGICI	ANNO

CHEMIOTERAPICI	ANNO

SOLO PER LE DONNE					
E' incinta? ?	No	Si	Potrebbe esserlo?	No	Si
Età primo ciclo mestruale	_____				
Data ultimo ciclo mestruale	_____				
Età inizio Menopausa	_____	Terapia ormonale sostitutiva	No	Si	
Età prima gravidanza	_____	N° gravidanze portate a termine	_____		
Allattamento	No	Si			

FAMILIARITA'

Indicare, eventuali, patologie, dei familiari

GRADO DI PARENTELA	VIVO	ETA'	PATOLOGIA
Padre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Madre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Fratello	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Fratello	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Sorella	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Sorella	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

DOCUMENTAZIONE CLINICA RICHIESTA: di seguito viene elencata la documentazione clinica da allegare al presente modulo

- Storia clinica del paziente
- Referto di eventuale intervento chirurgico
- Referto di accertamenti strumentali (RM, TC, Ecografie.....)
- Referto di esami di laboratorio
- Immagini/CD di esami radiologici
- Consulto/revisione vetrini

Firma del paziente (o suo rappresentante) _____

Firma del medico curante _____