

# ANAMNESI

Nome del paziente \_\_\_\_\_ Soprannome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  
 Nome del medico / specializzazione \_\_\_\_\_  
 Visita medica più recente \_\_\_\_\_ Scopo \_\_\_\_\_  
 Come valuta in generale le sue condizioni di salute?    Eccellenti    Buone    Discrete    Scadenti

## MALATTIE/CONDIZIONI PASSATE:

- |   | SÌ | NO |  | SÌ | NO |
|---|----|----|--|----|----|
| 1. ricovero ospedaliero per malattie o lesioni _____                            |    |    | 27. artrite _____  |    |    |
| 2. reazione allergica causata da _____  |    |    | 28. malattia autoimmune _____<br>(cioè artrite reumatoide, lupus, scleroderma)   |    |    |
| aspirina, ibuprofene, acetaminofene, codeina                                    |    |    | 29. glaucoma _____   |    |    |
| penicillina   |    |    | 30. lenti a contatto _____   |    |    |
| eritromicina  |    |    | 31. lesioni alla testa o al collo _____  |    |    |
| tetraciclina  |    |    | 32. epilessia, convulsioni (attacchi) _____  |    |    |
| sulfamidici   |    |    | 33. disturbi neurologici (Sindrome da deficit di attenzione e iperattività, malattie prioniche)                                      |    |    |
| anestetico locale   |    |    | 34. infezioni virali e herpes _____  |    |    |
| fluoruro  |    |    | 35. protuberanze o rigonfiamenti all'interno della bocca _____   |    |    |
| metalli (nickel, oro, argento, _____)   |    |    | 36. orticaria, eruzione cutanea, raffreddore da fieno _____  |    |    |
| lattice   |    |    | 37. IST / MST / HPV _____  |    |    |
| altro _____   |    |    | 38. epatite (tipo _____)   |    |    |
| 3. problemi cardiaci o stent cardiaco negli ultimi sei mesi _____               |    |    | 39. HIV / AIDS _____   |    |    |
| 4. storia di endocardite infettiva _____  |    |    | 40. tumori, crescita anormale _____  |    |    |
| 5. valvola cardiaca artificiale, forame ovale pervio (PFO) _____                |    |    | 41. radioterapia _____   |    |    |
| 6. pacemaker o defibrillatore impiantabile _____                                |    |    | 42. chemioterapia, immunosoppressori _____   |    |    |
| 7. impianti ortopedici (articolazione artificiale) _____                        |    |    | 43. disturbi emotivi _____   |    |    |
| 8. febbre reumatica o scarlattina _____   |    |    | 44. trattamenti psichiatrici _____   |    |    |
| 9. pressione sanguigna alta o bassa _____                                       |    |    | 45. farmaci antidepressivi _____   |    |    |
| 10. colpo apoplettico (sottoposto a terapia anticoagulante) _____               |    |    | 46. assunzione di alcol / stupefacenti _____   |    |    |
| 11. anemia o altre malattie del sangue _____                                    |    |    | <b>LEI:</b>  |    |    |
| 12. emorragia prolungata in seguito a piccoli tagli (INR > 3,5) _____           |    |    | 47. è attualmente in cura per qualche altra malattia _____   |    |    |
| 13. enfisema, fiato corto, sarcoidosi _____                                     |    |    | 48. ha notato un cambiamento del suo stato di salute avvenuto nelle ultime 24 ore<br>(p. es. febbre, brividi, tosse o diarrea) _____ |    |    |
| 14. tubercolosi, morbillo, varicella _____                                      |    |    | 49. assume farmaci per il controllo del peso _____   |    |    |
| 15. asma _____  |    |    | 50. assume integratori alimentari _____  |    |    |
| 16. problemi respiratori o del sonno (p. es. apnea notturna, russare, sinusite) |    |    | 51. avverte spesso una sensazione di stanchezza o spossatezza _____  |    |    |
| 17. patologie renali _____  |    |    | 52. soffre spesso di mal di testa _____  |    |    |
| 18. patologie epatiche _____  |    |    | 53. è o era un/una fumatore/fumatrice o consumatore/consumatrice di tabacco non da fumo  |    |    |
| 19. itterizia _____   |    |    | 54. viene considerato una persona suscettibile / sensibile _____   |    |    |
| 20. malattie tiroidee o paratiroidi, carenza di calcio _____                    |    |    | 55. è spesso infelice o depresso _____   |    |    |
| 21. disfunzioni ormonali _____  |    |    | 56. DONNE - assume la pillola anticoncezionale _____   |    |    |
| 22. colesterolo elevato o assunzione di farmaci anticolsterolo (statine)        |    |    | 57. DONNE - è in stato di gravidanza _____   |    |    |
| 23. diabete (HbA1c = _____)   |    |    | 58. UOMINI - ha disturbi alla prostata _____   |    |    |
| 24. ulcera gastrica o duodenale _____   |    |    |  |    |    |
| 25. disturbi della digestione (cioè celiachia, reflusso gastrico) _____         |    |    |  |    |    |
| 26. osteoporosi / osteopenia (cioè assume bifosfonati) _____                    |    |    |  |    |    |

Descriva qualsiasi sua eventuale terapia medica attuale, intervento chirurgico imminente, ritardo genetico/dello sviluppo, o altri trattamenti che potrebbero influire sul trattamento odontoiatrico. (i.e. iniezioni di botox o collagene)

Elenchi tutti i farmaci, gli integratori e/o le vitamine che ha assunto negli ultimi due anni.

Farmaco	Scopo	Farmaco	Scopo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**LA PREGHIAMO DI AVVISARCI IN FUTURO DI EVENTUALI CAMBIAMENTI NELLA SUA ANAMNESI MEDICA O NEI FARMACI CHE ASSUME.**

Firma del paziente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

