2E41021G CARTELLA CLINICA CHIRURGIA MONDOVÌ - M417

ANAMNESI PERSONALE FISIOLOGICA

to/a da gravidanza _____ espletata con parto _____; sviluppo psico-somatico _____

rvizio militare: ☐ ESPLETATO ☐ NON ESPLETATO per _____

to civile _____ Coniuge _____ Prole _____

narca all'età di anni _____ con flussi _____

nopausa: ☐ FISIOLOGICA ☐ CHIRURGICA ☐ INDOTTA DA TERAPIA MEDICA all'età di anni _____

mentazione: ☐ NORMOCALORICA ☐ IPOCALORICA ☐ IPERCALORICA

o di sostanze alcoliche: ☐ SI ☐ NO - **Fumo:** ☐ NO ☐ SI circa _____ sigarette al dì.

ività lavorativa _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

lattie esentematiche dell'infanzia ☐ CONTRATTE ☐ NON CONTRATTE ☐ _____

lattie veneree _____

umi e/o fratture _____

lattie dell'età adulta _____

erventi chirurgici _____

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

ESAME OBIETTIVO

RISCHI ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI

OBBLIGO DI COMPILAZIONE DA PARTE DEL DIRIGENTE MEDICO DI REPARTO

	Si	*No*
1) TSE confermata o sospetta	☐	☐
2) Paziente che ha subito impianto di dura madre (umana e bovina)	☐	☐
3) Paziente che ha assunto ormone della crescita di origine umana	☐	☐
4) Paziente che ha subito trapianto di cornea	☐	☐
5) Paziente membro di famiglia TSE ereditaria	☐	☐

Firma del Dirigente Medico

Il/La sottoscritto/a Sig. _____ nato/a il _____

a _____ ricoverato/a in questa Divisione in data _____

AUTORIZZA il personale sanitario ad eseguire gli esami strumentali ritenuti necessari e

☐ **ACCONSENTE**

☐ **NON ACCONSENTE**

alle indagini sierologiche, compreso il test per l'H.I.V., atte ad accertare la presenza di Malattie Infettive.

Firma

Eventuali testimoni:

_____

_____