

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita _____ Peso:kg _____ Altezza:cm _____ Circonf.Vita:cm _____

Cell. _____ Indirizzo _____ Città _____

Inviato da _____ Medico curante _____

- SINTOMI** mal di testa vertigini difficoltà a respirare svenimenti
- dolore/senso di oppressione al cuore problemi di vista (visione doppia)
- accelerazione del battito fischi o rumori alle orecchie tremori agitazione
- perdita di sangue dal naso formicolii a braccia e gambe altro _____

ANAMNESI FAMILIARE

Tra i suoi parenti consanguinei qualcuno soffre o ha sofferto di

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| - Diabete | madre | <input type="checkbox"/> | padre | <input type="checkbox"/> |
| - Malattie cardiache | madre | <input type="checkbox"/> | padre | <input type="checkbox"/> |
| - Ipertensione arteriosa | madre | <input type="checkbox"/> | padre | <input type="checkbox"/> |
| - Insufficienza renale cronica | madre | <input type="checkbox"/> | padre | <input type="checkbox"/> |
| - Tumori | madre | <input type="checkbox"/> | padre | <input type="checkbox"/> |
| - Altro | madre | <input type="checkbox"/> | padre | <input type="checkbox"/> |

Se sì quali: _____

ANAMNESI FIOLOGICA DEL PAZIENTEAttività lavorativa _____ Pensionato sì noChe tipo di attività fisica svolge Assente Moderata Intensa OccasionaleFuma sì no ex-fumatore se sì quanto: fino a 10 sigarette
 fino a 20 sigarette
 > 20 sigaretteBeve alcolici sì no ex-bevitore se sì quanto: bevitore occasionale
 modesto bevitore
 forte bevitore

ANAMNESI PATOLOGICAE' allergico sì no se sì a che cosa pollini piante alimenti

Specificare _____

 farmaci

Specificare _____

PROBLEMI NEUROLOGICI

Ha mai avuto ictus o TIA (attacco ischemico transitorio)? sì no

E' affetto da Morbo di Parkinson? sì no

Depressione o attacchi di panico? sì no

Soffre di ansia? sì no

PROBLEMI RESPIRATORI

Soffre di asma? sì no

Soffre di insufficienza respiratoria? sì no

Soffre di apnee notturne? sì no

Ha avuto la tubercolosi? sì no

E' affetto da BPCO (Bronco pneumopatia ostruttiva)? sì no

PROBLEMI CARDIOVASCOLARI

E' affetto da ipertensione arteriosa? sì no

Ha mai avuto infarti o malattie delle coronarie? sì no

Ha degli stent coronarici? sì no

Ha mai avuto scompenso cardiaco o edema polmonare? sì no

Ha malattie delle valvole cardiache? sì no

Ha aritmie? sì no

Se sì quali FA Bav Extrasistoli Ventricolari altro _____

E' portatore di pace maker e/o di defibrillatore impiantato? sì no

Soffre di Arteropatia Obliterante Periferica (AOP)? sì no

Ha mai subito rivascolarizzazione periferica? sì no

Ha mai avuto trombosi venose profonde? sì no

Ha mai avuto embolia polmonare? sì no

Soffre di vasculopatia aterosclerotica? sì no

Ha il colesterolo alto? sì no

Ha i trigliceridi alti? sì no

ALTRO

E' affetto da ernia jatale? sì no

E' affetto da epatite C? sì no

E' affetto da diabete mellito? sì no

E' affetto da Insufficienza Renale Cronica? sì no

Soffre di ipotiroidismo? sì no

