

SCHEDA RACCOLTA DATI ANAGRAFICI & ANAMNESI

ZZ00	Numero Progetto Riabilitativo	
------	--------------------------------------	--

A000	Codice Fiscale del paziente	
A001	Cognome	
A002	Nome	
A003	Luogo di Nascita (specificare la provincia)	
A004	Data di Nascita (gg / mm / aaaa)	
A005	Sesso (M / F)	
A006	Altezza (cm)	
A007	Peso (kg)	
A008	Circonferenza vita (cm)	
A009	Circonferenza fianchi (cm)	
A010	Circonferenza braccio (cm)	
A011	Pressione arteriosa sistolica (mmHg)	
A012	Pressione arteriosa diastolica (mmHg)	
A013	Pulsazioni cardiache (rpm su 60 sec)	
A014	Frequenza respiratoria (atti in 60 sec)	
A015	Temperatura cutanea (°C)	

A020	Tipo di parto	×	eutocico	distocico	non noto
A021	Allattamento	×	seno materno	seno baliatico	artificiale
A022	Svezzamento	×	< 4 mesi	4 -6 mesi	> 6 mesi

A030	Diuresi	×	dialisi	fisiologica	patologica
A031	Alvo	×	stitico	fisiologico	diarroico

Assume ormoni estro-progestinici ☐

A040	Menarca	×	< 10 anni	10-12 anni	> 12 anni
A041	Mestruazioni	×	No mestruo	regolari	irregolari
A042	Flusso	×	scarso	medio	abbondante
A043	Frequenza	×	< 25 gg	25-31 gg	> 31 gg
A044	Durata	×	< 3 gg	3-5 gg	> 5 gg
A045	Menopausa	×	fisiologica	chirurgica	chimica
A046	Menopausa	×	< 40 anni	40-60 anni	> 60 anni

A050	Scolarità	×	media inferiore	diploma	laurea
------	------------------	---	-----------------	---------	--------

A060	Padre	×	in a.b.s.	malato	Deceduto	allegati
A061	Nonno paterno	×	in a.b.s.	malato	Deceduto	allegati
A062	Nonna paterna	×	in a.b.s.	malata	Deceduta	allegati
A063	Zii paterni	×	assenti	n. ____	in a.b.s.	allegati
A070	Madre	×	in a.b.s.	malata	Deceduta	allegati
A071	Nonno materno	×	in a.b.s.	malato	Deceduto	allegati
A072	Nonna materna	×	in a.b.s.	malata	Deceduta	allegati
A073	Zii materni	×	assenti	n. ____	in a.b.s.	allegati
A074	Fratelli	×	assenti	n. ____	in a.b.s.	allegati
A075	Sorelle	×	assenti	n. ____	in a.b.s.	allegati
A081	Coniuge	×	assente	in a.b.s.	decaduto	allegati
A082	Coniugi prec.	×	assenti	n. ____	decaduti	allegati
A083	Figli maschi	×	assenti	n. ____	in a.b.s.	allegati
A084	Figlie femmine	×	assenti	n. ____	in a.b.s.	allegati

A090	ALLERGIE / INTOLLERANZE	
------	--------------------------------	--

AA01	Caffe (tazzine die)	✕	nega	0-1	2-3	4-6	oltre 6
AA02	Ex fumatore (da anni)	✕	nega	0-1	2-5	6-10	oltre 10
AA03	Sigarette (n. die)	✕	nega	0-10	6-20	21-40	oltre 40
AA04	Sigari (n. die)	✕	nega	0-1	2-4	5-7	oltre 7
AA05	Ex bevitore (da anni)	✕	nega	0-1	2-5	6-10	oltre 10
AA06	Vino (mL die)	✕	nega	0-250	251-500	501-1000	oltre 1 L
AA07	Birra (mL die)	✕	nega	0-350	351-700	701-1000	oltre 1 L
AA08	Alcolici max 40° (mL die)	✕	nega	0-100	101-200	201-300	oltre 300
AA09	Superalcolici (mL die)	✕	nega	0-50	51-100	101-200	oltre 200
AA10	Ex drogato (da anni)	✕	nega	0-1	2-5	6-10	oltre 10
AA11	Droghe (tipo)	✕	nega	marijuana	cocaina	iniettive	sintetiche

	INDAGINI GIA' SVOLTE (entro sei mesi)	Data ultima esecuzione (gg/mm/aaaa)	allegati
AB01	EcoColorDoppler		allegati
AB02	Mappa MEM		allegati
AB03	Risonanza Magnetico Nucleare		allegati
AB04	Tomografia Assiale Computerizzata		allegati
AB05	Analisi del Sangue		allegati
AB06	Elettrocardiogramma		allegati

NOTE_A1:

			0-1	2-3	4-5	6-7	oltre 7
AC00	Numero pasti die	✕					
CIBI (assunzioni in 7 gg)							
			0-1	2-3	4-5	6-7	oltre 7
AC01	Pasta e Pane	✕					
AC02	Carne	✕					
AC03	Pesce	✕					
AC04	Verdure fresche	✕					
AC05	Verdure cotte	✕					
AC06	Uova	✕					
AC07	Latte	✕					
AC08	Formaggi	✕					
AC09	Frutta	✕					
AC10	Dolci	✕					

Per altre categorie di cibi o per singoli alimenti specifici usare le NOTE_A2 a pagina 6

			nega	età inizio	età fine	non so
AD01	Adenoiditi	×				
AD02	AIDS	×				
AD03	Appendiciti	×				
AD04	Asma	×				
AD05	Crosta lattea	×				
AD06	Eczema	×				
AD07	Epatite A	×				
AD08	Epatite B	×				
AD09	Epatite C	×				
AD10	Epilessia (PM)	×				
AD11	Epilessia (GM)	×				
AD12	Foruncolosi	×				
AD13	Morbillo	×			XXX	
AD14	Parotite	×			XXX	
AD15	Pertosse	×			XXX	
AD16	Psoriasi	×				
AD17	Rosolia	×			XXX	
AD18	Scarlattina	×			XXX	
AD19	Sifilide	×				
AD20	Tonsilliti	×				
AD21	Varicella	×			XXX	

NOTE_A2:

A100	Cognome e Nome del compilatore (intelleggibile, no firma)	
A101	Contatti del compilatore (tel-fax-email)	
A102	Data di compilazione (gg / mm / aaaa)	

Compilare il modulo secondo le linee guida contenute nel manuale scaricabile dal sito <https://www.tarcisioniglio.it> (vedi capitolo MATERIALI PER PROTOCOLLI -> MAM-SM ITA).

Se non state usando il software Adobe Acrobat Reader originale (scaricabile gratis da www.adobe.it), salvate il modulo compilato e speditelo come allegato di una e-mail all'indirizzo di posta elettronica epidati@tarcisioniglio.it .

Se avete problemi nel compilare i moduli potete scrivere all'indirizzo e-mail tarcisio.niglio@gmail.com per prenotare una videochiamata e compilare i moduli stessi insieme ad un medico.

NON modificate la struttura dei moduli. Potete soltanto cambiare il nome dei file. Ogni altra e qualsiasi modifica fatta nella struttura dei moduli potrebbe compromettere in modo irrimediabile il software. Se avete problemi o succedesse qualsiasi anomalia, scaricare di nuovo i moduli originali dal sito <https://www.tarcisioniglio.it> (capitolo MATERIALI PER PROTOCOLLI -> MAM-SM ITA). Non esitate a contattare l'autore del software nel caso di dubbi.

Qualsiasi osservazione, segnalazione, consiglio, suggerimento, ecc. potrà essere fatto mediante una e-mail a tarcisio.niglio@gmail.com che valuterà e apporterà le eventuali modifiche realizzabili.