

Ospedale Sacra Famiglia	Questionario Anamnestico Holter P.A.	Cod.Mod.IO119.02	Rev.1
Erba		Data:18/06/18	
Poliambulatorio		Da Pag.1	A Pag.3

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

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

Se sì quali: \_\_\_\_\_

### ANAMNESI FISIOLÓGICA DEL PAZIENTE

Attività lavorativa \_\_\_\_\_ Pensionato     sì     no

Che tipo di attività fisica svolge     Assente     Moderata     Intensa     Occasionale

Fuma     sì     no     ex-fumatore    se sì quanto:  fino a 10 sigarette  
 fino a 20 sigarette  
 > 20 sigarette

Beve alcolici     sì     no     ex-bevitore    se sì quanto:  bevitore occasionale  
 modesto bevitore  
 forte bevitore

Ospedale Sacra Famiglia	Questionario Anamnestico Holter P.A.	Cod.Mod.IO119.02	Rev.1
Erba		Data:18/06/18	
Poliambulatorio		Da Pag.2	A Pag.3

## ANAMNESI PATOLOGICA

E' 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  
 Soffre di 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  
 Soffre di ipertiroidismo? sì no

Ospedale Sacra Famiglia	Questionario Anamnestico Holter P.A.	Cod.Mod.IO119.02	Rev.1
Erba		Data:18/06/18	
Poliambulatorio		Da Pag.3	A Pag.3

Ha subito un intervento di tiroidectomia  parziale  totale sì no  
 Glaucoma? sì no  
 Cataratta? sì no  
 E' affetto da Gastropatia cronica? sì no  
 Soffre di malattia da reflusso gastro-esofageo? sì no  
 E' affetto da Artrite reumatoide? sì no  
 Soffre di calcoli renali? sì no  
 Soffre di Gotta? sì no  
 Segue trattamenti di dialisi? sì no

E' affetto o è stato affetto da neoplasie (tumori)? sì no  
 se sì quali \_\_\_\_\_

**Progressi interventi chirurgici**  sì  no **se sì quali** \_\_\_\_\_

**Per gli uomini**

Ha Ipertrofia prostatica benigna? sì no

**Per le donne**

Menopausa  sì  no  
 esiti di isterectomia  sì  no  
 pregressi aborti spontanei  sì  no  
 Attualmente gravida  sì  no **se sì di quante settimane** \_\_\_\_\_  
**peso prima della gravidanza** \_\_\_\_\_

**Terapia assunta a domicilio**

Farmaco \_\_\_\_\_ dosaggio \_\_\_\_\_ orario \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_

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