

## CARTELLA ANAMNESTICA DERMATOLOGICA

COGNOME E NOME .....

NATO/A A ..... IL .....

CODICE FISCALE .....

RESIDENTE IN .....

TEL..... E-MAIL .....

Fumatore  SI  NO

Gravidanza  SI  NO

Allattamento  SI  NO

Artrite reumatoide  SI  NO

Diabete  SI  NO

Ipertensione  SI  NO

Osteoporosi  SI  NO

Malattie del sistema cardio-circolatorio  SI  NO

Malattie del sangue  SI  NO

Malattie dei reni  SI  NO

Malattie della tiroide  SI  NO

Malattie del fegato  SI  NO

Asma o Bronchite cronica  SI  NO

Epilessia  SI  NO

Ulcera peptica  SI  NO

Colite  SI  NO

Neoplasie  SI  NO

Malattie dermatologiche già diagnosticate  SI  NO

Malattie autoimmuni  SI  NO

Allergia agli anestetici  SI  NO

Allergia agli antibiotici  SI  NO

Allergia ad altri farmaci  SI  NO

Allergia ai metalli  SI  NO

Anemia  SI  NO

Malattie infettive  SI  NO

Epatite  A  B  C  NO

HIV  SI  NO

E' mai stato sottoposto ad interventi chirurgici?  SI  NO \_\_\_\_\_

Ha mai avuto Emorragie dopo interventi chirurgici?  SI  NO

Ha mai subito trasfusioni?  SI  NO

E' affetto da patologie non precedentemente elencate?  SI  NO

Se si, quali? \_\_\_\_\_

Assume farmaci regolarmente?  SI  NO

Se si, quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente