

ANAMNESI PERSONALE E FAMILIARE

Informazioni personali

Nome	Professione
Cognome	Cassa malati

Anamnesi personale

Peso _____ kg	Età menarca _____	Durata del ciclo mestruale _____
Altezza _____ cm	Ciclo <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare	Durata mestruazioni _____
Ha avuto gravidanze? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Quante? _____ Complicazioni (aborti, colestasi o altro)? _____	Numero di figli _____
Fuma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Quanto? _____	
Beve alcolici? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Quanto? _____	
Ha avuto operazioni precedenti? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Quali? _____	
Assume farmaci regolarmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Quali? _____	
Soffre o ha sofferto di una malattia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Quale? _____	
E mai stata ricoverata in ospedale? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Causa? _____	

ANAMNESI GENETICA FAMILIARE

All'interno della sua famiglia è presente una di questa malattie

Malattie genetiche/ cromosomiche conosciute No Se sì, quale e chi? _____
 Sì Se sì, chi (mamma, papà, nonni,..) _____

Si è già sottoposta ad un test genetico? No Se sì, quale e chi? _____
 Sì Se sì, chi (mamma, papà, nonni,..) _____

Ci sono nella famiglia casi di:

Ritardi mentali e/o disturbi dello sviluppo No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,..) _____
 Sì

Problemi di fertilità? No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,..) _____
 Sì

Aborti spontanei ricorrenti o nati morti No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,..) _____
 (in donne <38 anni) Sì

Menopausa anticipata No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,..) _____
 (donne < 45 anni) Sì

Tumore al seno o all'ovaio No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,..) _____
 (specificare l'età) Sì

Altri tumori maligni No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,..) _____
 (specificare quali ed età) Sì

Disturbi metabolici No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,..) _____
 (per es. favismo, ipercolesterolemia, diabete) Sì

Disturbi della coagulazione No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,..) _____
 (p.e. trombosi, infarto, emofilia) Sì

Disturbi neurologici o muscolari No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,..) _____
 (tremore, epilessia, miopatia...) Sì

Sordità congenita No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,..) _____
 Sì

Origini etniche:

Di suo padre:
 Italia, Iberia, Grecia, Medioriente
 Europa del Nord/centrale (compresa la Svizzera)
 Europa dell'Est
 Ebrei Ashkenaziti
 Altro (specificare)

Di sua madre:
 Italia, Iberia, Grecia, Medioriente
 Europa del Nord/centrale (compresa la Svizzera)
 Europa dell'Est
 Ebrei Ashkenaziti
 Altro (specificare)

Firma / Luogo _____

Data: / / (Giorno/Mese/Anno)