



Nome _____ Cognome _____

Motivo della visita: _____



ANAMNESI MEDICA

Ha avuto ricoveri in ospedale? Sì ☐ No ☐ Perché _____

È stato mai sottoposto ad interventi chirurgici? Sì ☐ No ☐

Per quali problemi? _____

Soffre di malattie di cuore? Sì ☐ No ☐ Quali? _____

Ha problemi di pressione alta? Sì ☐ No ☐

Soffre di pressione bassa? Sì ☐ No ☐

Assume farmaci per la pressione? Sì ☐ No ☐ Quali? _____

Porta un PACEMAKER cardiaco? Sì ☐ No ☐

Classe NYHA 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Ha il diabete? Sì ☐ No ☐ Di che tipo? _____

Soffre di allergie? Sì ☐ No ☐ A cosa? _____

Soffre di asma allergico (polline)? Sì ☐ No ☐

Ha mai avuto reazioni allergiche/pseudoallergiche al lattice? Sì ☐ No ☐

Gli antibiotici le hanno mai provocato diarrea? Sì ☐ No ☐ Quali? _____

Qual è l'antibiotico da lei preso più frequentemente? _____

Assume antibiotici di frequente? Sì ☐ No ☐ Per quali problemi? _____

Soffre di malattie polmonari? Sì ☐ No ☐ Quali? _____

Soffre di disturbi emotivi? Sì ☐ No ☐

Soffre di epilessia? Sì ☐ No ☐

Soffre di febbre reumatica (del cuore, con soffio al cuore)? Sì ☐ No ☐

È portatore di protesi ortopediche (anca, femore,...)? Sì ☐ No ☐

Ha malattie dei reni? Sì ☐ No ☐ Quali? _____

Soffre di malattie del fegato? Sì ☐ No ☐ Quali? _____



Soffre di problemi di tiroide? Sì ☐ No ☐ Di che problema di tiroide? _____

Ha malattie del sangue? Sì ☐ No ☐ Quali? _____

Ha dei disturbi della coagulazione? Sì ☐ No ☐ Quali? _____

Assume aspirina, Clopidogrel, Ticagrelor, Warfarin, eparina? Sì ☐ No ☐

Spesso, in seguito ad attività sportiva, le vengono dei lividi? Sì ☐ No ☐

Soffre di gastrite? Sì ☐ No ☐

Soffre di reflusso gastroesofageo? Sì ☐ No ☐

Quali farmaci prende per gastrite/ulcera? _____

Ha mai subito un trattamento con farmaci antitumorali? Sì ☐ No ☐

Quanto tempo fa? _____ Per quanto tempo? _____

Ha mai assunto il farmaco Denosumab PROLIA? Sì ☐ No ☐

Assume farmaci per l'osteoporosi? Sì ☐ No ☐

Assume / ha assunto bifosfonati (alendronato, zoledronato, ibandronato)? Sì ☐ No ☐

Da quanto tempo? _____ Per quanto tempo? _____

Ha mai fatto della radioterapia? Sì ☐ No ☐ Quanto tempo fa? _____

Sta assumendo farmaci? Sì ☐ No ☐ Quali? _____

Ha mai assunto o assume farmaci stupefacenti? Sì ☐ No ☐

Quali? _____ Da quanto tempo? _____

È o pensa di essere in gravidanza? Sì ☐ No ☐

È in menopausa? Sì ☐ No ☐ Da che età? _____

Fuma? Sì ☐ No ☐ Quante sigarette al giorno? _____

Da quanto tempo? _____

Si ricorda di segnalare eventuali variazioni in corso di trattamento

Firma _____

Data _____



Nome _____ Cognome _____



ANAMNESI ODONTOIATRICA

Ha precedentemente effettuato trattamenti odontoiatrici? Sì ☐ No ☐

Quali (otturazioni, estrazioni, ortodonzia, ...)? _____

Ha mai avuto problemi correlati a precedenti trattamenti dentali? Sì ☐ No ☐

Quando ha effettuato l'ultima visita da un dentista? _____

Da quanto tempo è paziente di questo studio (approssimativamente)? _____

È soddisfatto della sua situazione dentaria e dell'estetica dei suoi denti? Sì ☐ No ☐

Se non lo siete, cosa vorreste? _____

Ha mai fatto l'anestesia locale dal dentista? Sì ☐ No ☐

Ha particolare sensibilità dentale al freddo o al caldo? Sì ☐ No ☐

Ha o ha avuto dolore all'articolazione temporo-mandibolare? Sì ☐ No ☐

Ha o ha avuto dolore ai muscoli in masticazione o al mattino quando si sveglia? Sì ☐ No ☐

Ha o ha avuto dolore all'orecchio o vicino all'orecchio? Sì ☐ No ☐

Ha la tendenza a stringere i denti? Sì ☐ No ☐ Quando? _____

I suoi denti vacillano? Sì ☐ No ☐

Ha l'abitudine di mordere il labbro, la penna, le unghie? Sì ☐ No ☐

Il cibo tende a rimanere fastidiosamente tra i suoi denti? Sì ☐ No ☐

Ha la sensazione di avere l'alito pesante? Sì, spesso ☐ Sì, qualche volta ☐ No, mai ☐

Ha la sensazione di avere la bocca secca? Sì, spesso ☐ Sì, qualche volta ☐ No mai ☐

Soffre di vesciche, afte, ulcere della bocca frequentemente? Sì ☐ No ☐

Ha il timore del dentista? Sì ☐ No ☐

Le è capitato di svenire dal dentista? Sì ☐ No ☐

Si ricorda di segnalare eventuali variazioni in corso di trattamento

Firma _____

Data _____