

QUESTIONARIO ANAMNESTICO E DELLO STILE DI VITA

(Da compilare a cura del paziente prima dell'esecuzione del check-up)

Gentile Paziente,

La preghiamo di compilare questo modulo con la massima precisione e sincerità. Le informazioni raccolte sono strettamente riservate e consentiranno al medico di valutare al meglio il Suo stato di salute attuale e di personalizzare il Suo percorso di prevenzione.

NOME E COGNOME _____

MEDICO CURANTE _____

PESO

Attuale

- Kg _____

Pregresso

- Massimo _____

- Minimo _____

ALTEZZA

cm _____ (BMI _____)

figli n. _____

fattori di rischio:

- specifici:

- aspecifici:

- ☐ sedentarietà
- ☐ stress
- ☐ fumo passivo
- ☐ altro

ESERCIZIO FISICO

- ☐ nullo
- ☐ scarso/saltuario
- ☐ adeguato/continuo
- ☐ sostenuto/sport

FARMACI

d'uso continuativo o frequente:

- attuali

d'uso sporadico:

- attuali

ABITUDINI ALIMENTARI

Numero pasti _____

Dieta

- ☐ regolata
- ☐ sregolata
- ☐ squilibrata in grassi
- ☐ latticini
- ☐ salumi
- ☐ pasta/pane
- ☐ dolci
- ☐ ipocalorica

Acqua e liquidi in genere:

- ☐ < ½ lt
- ☐ ½ - 1 lt
- ☐ 1 lt
- ☐ 1,5 lt

Frutta e verdura: quantità

- ☐ scarsa
- ☐ sufficiente
- ☐ abbondante

Caffè n. _____ /die

ALCOOL

- ☐ no mai
- ☐ solo in passato per ____ anni
- ☐ vino _____ bicchiere/die
- ☐ birra _____ bicchieri/die
- ☐ superalcolici n. ____ /die

consumo:

- ☐ continuativo

- ☐ saltuario
- ☐ solo al weekend

FUMO

- ☐ mai
- ☐ abolito dal _____
- ☐ sospeso per _____anni
- ☐ ripreso dal _____

consumo attuale:

n. sigarette _____/die
da _____anni

consumo pregresso:

n. sigarette _____/die
per _____anni

DIGESTIONE

- ☐ regolare
- ☐ lenta e difficoltosa
- ☐ acidità, bruciori, eruttazioni, rigurgiti
- ☐ dolorosa

gastroscopie

anno _____

diagnosi _____ (possibilmente
documentazione originale)

ALVO

- ☐ regolare
- ☐ stitico
- ☐ diarroico
- ☐ alterno (stipsi / diarrea)
- ☐ con dolore

feci:

- ☐ normo conformate
- ☐ dure / caprine
- ☐ poco formate
- ☐ liquide
- ☐ con sangue

- ☐ con muco
- ☐ emorroidi
- ☐ ragadi

colonscopie

anno _____

diagnosi _____

(possibilmente documentazione originale)

MINZIONE

- ☐ regolare
- ☐ frequente
- ☐ lenta , difficoltosa , incompleta
- ☐ con bruciore
- ☐ con dolore
- ☐ con sangue
- ☐ urgenza
- ☐ incontinenza

UMORE e PSICHE

- ☐ mai problemi
- ☐ ansia
- ☐ depressione
- ☐ ansia / depressione
- ☐ altro

psicofarmaci:

precedenti patologici _____

- ☐ durata _____
- ☐ trattamento _____

sonno:

durata ore _____

- ☐ regolare
- ☐ agitato
- ☐ insonnia

farmaci per dormire SI NO _____

SINTOMATOLOGIA D'ORGANO O D'APPARATO

stato generale

- ☐ pieno benessere
- ☐ relativo benessere
- ☐ scarso benessere

Cardiovascolare

affanno:

- ☐ da sforzo/a riposo
- ☐ tachicardia/palpitazioni
- ☐ edemi alle gambe
- ☐ dolori di petto
- ☐ altro _____

terapia in atto _____

gastro-enterica

- ☐ digestione lenta
- ☐ dolorosa
- ☐ reflusso gastro-esofageo (bruciori acidità rigurgiti eruttazioni)
- ☐ nausea
- ☐ facilita' al vomito
- ☐ gonfiore addominale
- ☐ dolori
- ☐ coliche
- ☐ alterazioni dell'alvo
- ☐ emorroidi
- ☐ sangue nelle feci
- ☐ coliche biliari
- ☐ pregressa itterizia

respiratoria

- ☐ mancanza di fiato
- ☐ da sforzo/a riposo
- ☐ asma bronchiale
- ☐ tosse frequente
- ☐ soprattutto al mattino
- ☐ facilità a tracheo-bronchiti

reno vescicale

- ☐ dolori "ai reni"
- ☐ coliche renali
- ☐ disturbi e alterazioni della minzione
- ☐ cistiti

neurologica e psichica

- ☐ cefalea
- ☐ ansia
- ☐ depressione
- ☐ insonnia

osteo articolare

- ☐ dolori alle ossa e/o alle articolazioni degli arti
- ☐ alla schiena
- ☐ al bacino / alla deambulazione
- ☐ altro _____

altro:

- ☐ perdita capelli e annessi cutanei
- ☐ alterazioni cutanee
- ☐ prurito
- ☐ facilità ad ematomi
- ☐ sanguinamenti gengivali
- ☐ alitosi
- ☐ riniti ricorrenti
- ☐ sanguinante nasali

PRECEDENTI PATOLOGICI

1- interventi chirurgici (

- anno _____
- sede _____
- motivo _____
- diagnosi _____

(se possibile, copia documentazione)

2- ricoveri ospedalieri

- anno _____
- sede _____
- motivo _____
- diagnosi _____

(se possibile, copia documentazione)

3- altre malattie significative, in atto o pregresse: vedi elenco riassuntivo di seguito:

sovrappeso corporeo / obesità

- ☐ iperglicemia a digiuno/ diabete mellito
- ☐ iperuricemia/gotta
- ☐ ipercolesterolemia e altre dislipidemie
- ☐ iper-omocisteinemia

ipertensione arteriosa

- ☐ ateromasi dell' aorta / dei vasi del collo o degli arti inferiori
- ☐ aritmie cardiache
- ☐ prolasso della mitrale
- ☐ vizi valvolari
- ☐ angina di petto

Direttore Sanitario Dottor Alessandro Signorini

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di Brescia al numero 03120

Via Cefalonia 77 25124 Brescia- Tel. 030 2427331 - Fax 030 2449945

info@centrosangiovanni.it - www.centrosangiovanni.it - P.IVA 03518340173

- ☐ infarto cardiaco
- ☐ ischemie cerebrali / TIA / istus
- ☐ malformazioni vascolari

gastrite

- ☐ ulcera gastro-duodenale
- ☐ infezione da Helicobacter P.
- ☐ celiachia intolleranza al lattosio
- ☐ altre intolleranze alimentari
- ☐ parassitosi intestinali
- ☐ calcolosi della colecisti
- ☐ epatopatie acute o croniche
- ☐ steatosi epatica
- ☐ pancreatiti
- ☐ colite
- ☐ poliposi del colon
- ☐ diverticolosi del colon

calcolosi renale

- ☐ malformazioni o cisti renali
- ☐ nefropatie
- ☐ cistiti
- ☐ vescica da sforzo
- ☐ polipi della vescica
- ☐ diverticoli

malattie ematologiche

- ☐ anemie
- ☐ linfomi
- ☐ alterazioni della coagulazione

- ☐ malattie della pelle
- ☐ delle ossa e delle articolazioni
- ☐ malattie di interesse reumatologico immunologico

maschio

- ☐ cisto-prostatiti
- ☐ cisto-pieliti
- ☐ ipertrofia della prostata
- ☐ tumore della prostata

femmina

- ☐ cistiti
- ☐ cisto-pieliti
- ☐ vaginiti
- ☐ patologia mammaria
- ☐ patologia ginecologica

- ☐ malattie della tiroide
- ☐ delle paratiroidi
- ☐ di altre ghiandole endocrine

☐ altro _____

ESAMI FINORA ESEGUITI (da esibire copia)

- precedenti check up
- esami di laboratorio
- esami strumentali: radiologici (Rx torace, Rx rachide etc, ecografie addominali, tiroidee, ginecologiche e mammarie , eco CD tronchi sovra-aortici / arti inferiori , TC / RM , urografie etc) ed endoscopici
- visite ed esami specialistici

FAMILIARITA' :

POSITIVITA' PER :

Malattie metaboliche:

- ☐ sovrappeso corporeo / obesità
- ☐ diabete mellito
- ☐ ipercolesterolemia
- ☐ iper uricemia e gotta

Malattie cardio e cerebro vascolari:

- ☐ ipertensione arteriosa
- ☐ angina pectoris
- ☐ infarto del miocardio
- ☐ TIA
- ☐ ictus cerebrale
- ☐ malformazioni vascolari
- ☐ tumori cerebrali

Malattie dell'apparato gastroenterico:

- ☐ gastrite
- ☐ infezione da Helicobacter P.
- ☐ ulcera gastro-duo-denale
- ☐ cancro gastrico
- ☐ celiachia
- ☐ intolleranze alimentari
- ☐ malattie infiammatorie intestinali
- ☐ colite
- ☐ diverticoli del colon
- ☐ polipi e cancro del colon
- ☐ emorroidi

Malattie dell'apparato respiratorio:

Direttore Sanitario Dottor Alessandro Signorini

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di Brescia al numero 03120

Via Cefalonia 77 25124 Brescia- Tel. 030 2427331 - Fax 030 2449945

info@centrosangiovanni.it - www.centrosangiovanni.it - P.IVA 03518340173

- ☐ asma bronchiale
- ☐ bronchite cronica ed enfisema polmonare
- ☐ cancro del polmone

Malattie reno-vescicali:

- ☐ calcolosi renale
- ☐ cisti renali
- ☐ nefropatie croniche
- ☐ malformazioni renali e delle vie urinarie
- ☐ cancro renale e vescicole

Malattie ematologiche:

- ☐ anemie emolitiche
- ☐ linfomi
- ☐ leucemie

Altre:

- ☐ malattie dell'apparato endocrino
- ☐ della pelle
- ☐ della prostata
- ☐ degli organi genitali femminili

DATI ANAMNESTICI IN AMBITO OSTETRICO - GINECOLOGICO

Mestruazioni:

prima mestruazione anni _____

- ☐ flussi regolari
- ☐ abbondanti / frequenti
- ☐ scarsi / rari
- ☐ dolorosi

ultimo flusso iniziato il _____

terapie ormonali per alterazioni mestruali: dal _____ al _____

gravidanze: n. _____ anni: _____

complicanze _____

Menopausa:

anno _____ (età _____) disturbi: _____

terapia ormonale sostitutiva: dal _____ al _____

Patologia in atto o pregressa:

in gravidanza _____

extra-gravidanza:

- ☐ infezioni
- ☐ miomi
- ☐ cisti ovariche
- ☐ endometriosi
- ☐ prolasso
- ☐ incontinenza
- ☐ altro _____

interventi chirurgici _____

tipo _____

sede di esecuzione ed anno _____
(possibilmente copia documentazione)

Data ultima visita ginecologica _____

Data ecografia ginecologica _____

Data ultimo pap-test _____

INFORMATIVA BREVE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SULLA PRIVACY

(Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - GDPR)

Ai sensi della normativa vigente, La informiamo che i Suoi dati personali, inclusi quelli relativi allo stato di salute (dati particolari), saranno trattati da **Centro Sanitario S.Giovanni Srl** in qualità di Titolare del Trattamento, esclusivamente per finalità di diagnosi, cura, prevenzione e per l'erogazione delle prestazioni sanitarie da Lei richieste (Check-up).

Il trattamento avviene nel rispetto dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza, con modalità sia cartacee che informatiche adeguate a garantire la sicurezza dei dati. I dati non saranno diffusi e potranno essere comunicati esclusivamente al personale medico e sanitario incaricato della Sua cura. Il conferimento dei dati è necessario per l'erogazione del servizio sanitario; il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di eseguire le prestazioni. Lei ha il diritto di accedere ai Suoi dati, chiederne la rettifica, la cancellazione o la limitazione del trattamento rivolgendosi al Titolare del Trattamento.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PARTICOLARI (SANITARI)

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del Trattamento ai sensi dell'art. 13 del GDPR, acconsente espressamente al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute, per le finalità di diagnosi e cura sopra indicate.

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

Data: ____/____/____

Firma leggibile del Paziente (o del Genitore/Tutore in caso di minore):
