

CERTIFICATO ANAMNESTICO

(da redigere da parte del medico di fiducia)

Si certifica che, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,
il/la Sig/Sig./ra

Codice Fiscale _____
nato/a a _____ il _____ residente in Roma, via/p.za
_____ n. _____

presenta pregresse condizioni morbose: (barrare con una x la casella di interesse)

Apparato cardiocircolatorio **SI** **NO**

se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia

Apparato respiratorio **SI** **NO**

se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia

Diabete mellito **SI** **NO**

se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia

Insulinodipendente – non insulinodipendente **SI**

Eventuali complicanze _____

Sistema endocrino **SI** **NO**

se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia

Apparato osteoarticolare : alterazioni anatomiche o funzionali **SI** **NO**

se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia

Sangue e organi emopoietici **SI** **NO**

se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia

Apparato uro-genitale: **SI** **NO**

se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia

Trapianto d'organo	SI	NO
se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia		
<hr/>		
Organi di senso: patologie visive e/o uditive	SI	NO
se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia , la terapia, ed eventuale presenza di protesi		
<hr/>		
Apparato digerente	SI	NO
se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia		
<hr/>		
Cute, annessi e sistema linfoghiandolare (dermatosi, neoformazioni etc)	SI	NO
se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia		
<hr/>		
Patologie del sistema nervoso	SI	NO
se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia		
<hr/>		
Epilessia o ha manifestato crisi epilettiche	SI	NO
se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia e ultima crisi		
<hr/>		
Patologie psichiche	SI	NO
se SI, specificare la diagnosi, la data di insorgenza della patologia e la terapia		
<hr/>		
In terapia con farmaci	SI	NO
se SI, specificare farmaci e dosi_____		
ha assunto o sta assumendo farmaci anticoagulanti _se si specificare quale e dosi		
	SI	NO
<hr/>		
Allergie a farmaci ,cibo o sostanze	SI	NO
<hr/>		
Condizioni di dipendenza da: alcol/sostanze stupefacenti/psicotrope	SI	NO
se SI, specificare sostanze, farmaci e dosi		
<hr/>		
Progressi ricoveri e interventi chirurgici :		
se si specificare quando e tipo di intervento		
<hr/>		

Pregressa trasfusione di sangue di componenti ematici o somministrazione di immunoglobuline o farmaci antivirali **SI** **NO**
se si specificare quando e in quale contesto

Riconoscimento di Invalidità Civile e/o Legge 104/92 (Handicap) **SI** **NO**
se SI, specificare percentuale e tipo di handicap

il/la Sig/Sig./ra _____

Denuncia la seguente problematica :
data di insorgenza- descrizione e cronistoria della patologia denunciata - esito (descrizione stato attuale)

Accertamenti eseguiti :

Vaccinazioni effettuate di recente **SI** **NO**
se SI, specificare il tipo di vaccinazione

data della somministrazione _____

Dati relativi al Ciclo vaccinale Anti-SARS-CoV2/Covid-19 :

1^ dose data di somministrazione _____ **nome commerciale** _____
Lotto n _____

2^ dose data di somministrazione _____ **nome commerciale** _____
Lotto n _____

Dose booster data di somministrazione _____ **nome commerciale** _____
Lotto n _____

Luogo e data _____

TIMBRO DEL MEDICO con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria

FIRMA DEL MEDICO

