



ANAMNESI GENERALE

| | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--|
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | ALLERGIE DI QUALUNQUE TIPO SE SI SPECIFICA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | IPERTENSIONE: |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | FUMATORE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | MALATTIE CARDIOVASCOLARI SE SI SPECIFICA |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | DIABETE SE SI SPECIFICA QUALE TIPO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | MALATTIE INFETTIVE DI QUALUNQUE TIPO SE SI SPECIFICA |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | ASMA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | PORTATORE DI PACE MAKER |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | EMICRANIE - RONZII - VERTIGINI SE SI SPECIFICA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SINUSITI CRONICHE: |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | EPATITE VIRALE: (ANCHE SE PREGRESSA) SE SI SPECIFICA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | HAI MAI ESEGUITO IL TEST PER L' HIV? SE SI CON QUALE ESITO? |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | HA AVUTO PROBLEMI DURANTE L'ANESTESIA LOCALE? SE SI SPECIFICA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SANGUINA IN MODO ANOMALO QUANDO SI FERISCE? SE SI CON QUALE ESITO? |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | E' IN STATO DI GRAVIDANZA? SE SI DA QUANTO? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | E' STATO/A SOTTOPOSTO /A A CHEMIOTERAPIA O TERAPIA RADIANTE? |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | HA AVUTO DELLE CONSEGUENZE PARTICOLARI IN SEGUITO ALL'ASSUNZIONE DI ANESTETICI, ANTIBIOTICI O ALTRI FARMACI? SE SI SPECIFICA QUALI? | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | E' STATO/A AVVERTITO/A DI NON PRENDERE QUALCHE FARMACO IN PARTICOLARE? SE SI SPECIFICA QUALI? | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | STA' ASSUMENDO FARMACI? (IN PARTICOLARE SEGNALACI FARMACI ANTICOAGULANTI E/O BIFOSFONATI PER L' OSTEOPOROSI) SE SI SPECIFICA QUALI? | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | E' STATO/A MAI RICOVERATO PER CURE O TRAUMI IN OSPEDALE O CASA DI CURA? SE SI SPECIFICA PER QUALE MOTIVO? | | | |

DATA _____

LUOGO _____

FIRMA



ANAMNESI ODONTOIATRICA

| | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| QUALE È IL MOTIVO DELLA VISITA? | URGENZA <input type="checkbox"/> | CONTROLLO <input type="checkbox"/> | ALTRO <input type="checkbox"/> |
| QUANDO HA FATTO L'ULTIMA VISITA DAL DENTISTA? | SEI MESI <input type="checkbox"/> | UN ANNO <input type="checkbox"/> | OLTRE <input type="checkbox"/> |
| HA EFFETTUATO DELLE CURE DI RECENTE? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| HA GIÀ FATTO L'ANESTESIA DAL DENTISTA? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| HA GIÀ FATTO DEGLI ESAMI RADIOGRAFICI DAL DENTISTA? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| HA DEI DISTURBI DURANTE LA MASTICAZIONE? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| HA SANGUINAMENTO GENGIVALE? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| E' SODDISFATTO/A DELLA PROPRIA FUNZIONE MASTICATORIA? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| E' SODDISFATTO/A DELL'ESTETICA DEL SUO SORRISO? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| DIGRIGNA O SERRA I DENTI DI NOTTE O DI GIORNO? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| AVVERTE RUMORI ARTICOLARI QUANDO APRE LA BOCCA? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| SOFFRE O HA SOFFERTO IN PASSATO DI CEFALEE MUSCOLO-TENSIVE, CERVICALGIE O LOMBOSCIATALGIE? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

DATA _____

LUOGO _____

FIRMA