

## SCHEDA INFORMATIVA ANAGRAFICA

DATA:

\_\_\_\_\_

COGNOME:

\_\_\_\_\_

NOME:

\_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

LUOGO DI NASCITA:

\_\_\_\_\_

INDIRIZZO:

\_\_\_\_\_

NUMERO:

\_\_\_\_\_

CAP:

\_\_\_\_\_

CITTÀ:

\_\_\_\_\_

PROV:

\_\_\_\_\_

PROFESSIONE:

\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TEL. ABITAZIONE:

\_\_\_\_\_

CELLULARE:

\_\_\_\_\_

E-MAIL:

\_\_\_\_\_

MEDICO DI BASE

\_\_\_\_\_

MEDICI SPECIALISTI PER PROBLEMATICHE DI SALUTE GENERALE:

\_\_\_\_\_

MOTIVO DELLA SUA VISITA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

QUANTO TEMPO È TRASCORSO DAL SUO ULTIMO TRATTAMENTO O CONTROLLO DENTALE?

\_\_\_\_\_

COME CI HA CONOSCIUTO?

\_\_\_\_\_

### Anamnesi

	Stato di gravidanza
	Cefalee
	Ho già fatto anestesie
	Soffro di disturbi all'articolazione temporo-mandibolare

Traumi importanti \_\_\_\_\_

Ricoveri ospedalieri \_\_\_\_\_

Organo mancante \_\_\_\_\_

Organo trapiantato \_\_\_\_\_

### **Abitudini:**

	Bruxismo
	Mordere oggetti
	Disturbi alimentari
	Fumo
	Alcool
	Tossicodipendenza

### **Allergie:**

	A monomeri (resina, lattice, ...)
	A metalli (cromo/nichel)
	Al polline
	Inconvenienti durante l'anestesia
	Allergia a farmaci (specificare quali)

**Vaccinazioni:**

	Poliomelite		Meningite
	Tetano		BCG
	Difterite		Febbre Gialla
	Pertosse		Tifo
	Epatite B		Epatite A
	Morbillo		Rabbia
	Parotite		Altro
	Influenza		

**Terapie farmacologiche in atto:**

	Anticoagulanti (cardioaspirina/coumadin)
	Bifosfonati
	Antidiabetici
	Antianginosi
	Antiaritmici
	Anti-ipertensivi
	Antistaminici
	Immunodepressivi
	Antidepressivi
	Salicilati
	Anticonvulsioni

**Malattie di rilievo:**

	Pregresso infarto del miocardio
	Angina pectoris
	Ipertensione
	Protesi valvolari (necessità di profilassi antibiotica per rischio endocardite)
	Prolasso/stenosi valvola cardiaca (profilassi antibiotica per rischio endocardite)
	Stimolatore cardiaco (no igiene con ultrasuoni)
	Defibrillatore impiantato (no igiene con ultrasuoni)
	Bypass o Pace Maker (no igiene con ultrasuoni)

**Malattie infettive:**

	HIV
	Epatite virale B
	Epatite virale C
	Toxoplasmosi
	Sifilide
	Mononucleosi
	Altre malattie (specificare quali)

Firma \_\_\_\_\_