

Università degli Studi di Cagliari
 Dipartimento di Scienze Chirurgiche
 Reparto di Implantologia
 Dir. Prof. V. Piras

N° cartella

Codice fiscale

Data inizio cure

 / / 20

Dati paziente

Cognome

Nome

Data di nascita

 / /

Luogo

Prov.

Indirizzo

Città

Prov.

CAP

Tel.

Cell.

INDAGINE ANAMNESTICA

		Si	No	Note
Ha mai avuto conseguenze in seguito ad anestesia locale?				
Ha problemi cardiovascolari?				
Ha l'epatite?				
Ha disturbi della coagulazione?				
Ha mai sofferto di allergie?				
E' stato sottoposto ad interventi chirurgici in precedenza?				
E' stato mai ricoverato in ospedale?				
E' in gravidanza?				
Ha il diabete?				
Ha l'HIV?				
Soffre di pressione alta?				
Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti?				
Ha patologie ossee?				
Ha fatto o fa uso di bifosfonati?				
Attualmente sta assumendo farmaci?				
Altre patologie da dichiarare?				

COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO DEL REPARTO



NOTE

Timbro e firma del medico curante

Firma del paziente

Firma del medico