

Anagrafica Paziente

Data Inizio

01/10/2010

Privato

Cognome e Nome

Bidazi Foseboleso

Codice Fiscale

PCMRL10A42D0020

Sesso

M

ASL

103

Data di Nascita

01/01/2009

Luogo di Nascita

Genova

Esenzione

Scadenza Esenzione

01/01/1900

Paternità

Rossi Mario

Maternità

Neve Bianca

Nazionalità

Italiana

Cittadinanza

Italiana

Indirizzo

Via Roma, 123

C.A.P.

16100

Città

Genova

Prov.

GE

Telefono

010 3456789

Reperibilità

Ore Serali

Cellulare

347 9876543

eMail

Firoca.Paolo@gmail.com

Note

Da notare che non ci sono Note

Acconsente al Trattamento delle Informazioni

Firma del Genitore o del Tutore Legale

Revocato

Data Revoca

01/01/1900

Anamnesi Generale

Gestazione

Gravidanza <input checked="" type="checkbox"/> Singola <input type="checkbox"/> Gemellare <input type="checkbox"/> Multipla <input type="checkbox"/> Primipara	Decorso <input checked="" type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> A Rischio <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>	Sierologia Materna <input checked="" type="checkbox"/> Toxo <input type="checkbox"/> Rosolia <input type="checkbox"/> Epatite B <input type="checkbox"/> Epatite C <input type="checkbox"/> C.M.V. <input type="checkbox"/> H.I.V. <input type="checkbox"/> Altro	Rischio GBS <input checked="" type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto
---	---	--	--

Nascita

Neonato <input checked="" type="checkbox"/> A Termine <input type="checkbox"/> Prematuro <input type="checkbox"/> Pret. VVLB <input type="checkbox"/> S.G.A.	Parto <input type="checkbox"/> Eutocico <input type="checkbox"/> Distocico <input checked="" type="checkbox"/> T.C. Elettivo <input type="checkbox"/> T.C. Urgente	Complicanze <input type="checkbox"/> Placenta Previa <input type="checkbox"/> Liquido Tinto <input type="checkbox"/> Sofferenza fetale <input type="checkbox"/> Rianimazione <input type="checkbox"/> Uso Ventosa <input type="checkbox"/> Pre-Eclampsia <input type="text"/>
---	---	--

Controllo neonatale

Parametri Età Gestazional <input type="text" value="42"/> settimane Gruppo Sanguigno <input type="text" value="0"/> <input checked="" type="checkbox"/> RH Peso (g) <input type="text" value="3750"/> Lunghezza (cm) <input type="text" value="45"/> Circ. Cranica (cm) <input type="text" value="37"/> Apgar 1' <input type="text" value="8"/> Apgar 5' <input type="text" value="9"/> Apgar 10' <input type="text" value="10"/>	Problemi <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Trisomia 21 <input type="checkbox"/> Altre Anomali <input type="text"/>
--	---

Alimentazione

Allattamento Materno fino al mese <input type="text" value="12"/> Misto dal mese <input type="text" value="9"/> Artificiale dal mes <input type="text"/>	Divezzamento Inizio <input type="text"/> Glutine <input type="text"/> Fine <input type="text"/>	Note <input type="text"/>
--	---	-------------------------------------

Fisiologia

Alvo	Regolare	
Diuresi	Oliguria	
Digestione	Lenta	
Sonno	Regolare	

Malattie Infettive

<input checked="" type="checkbox"/> Varicella		<input checked="" type="checkbox"/> Quinta Malattia	
<input type="checkbox"/> Rosolia		<input type="checkbox"/> Rosolia	
<input type="checkbox"/> Scarlattina		<input type="checkbox"/> Scarlattina	
<input type="checkbox"/> Morbillo		<input type="checkbox"/> Morbillo	

Vaccinazioni

Nome	Vaccino	Prima Dose	1° Richiamo	2° Richiamo	3° Richiamo	Note
------	---------	------------	-------------	-------------	-------------	------

Note Aggiuntive

--

Anamnesi Patologica

Patologie Episodiche

Codice CIM	Descrizione	Data Inizio	Data Fine	Note
001.1	Colera da Vibrio cholerae el tor			

Patologie Croniche

Cod. Esenzione	Descrizione	Data Diagnosi	Note
001.253	ACROMEGALIA E GIGANTISMO		

Allergie

Tipo	Descrizione	Reazione	Data Diagnosi	Note
------	-------------	----------	---------------	------

Intolleranze

Tipo	Descrizione	Reazione	Data Diagnosi	Note
------	-------------	----------	---------------	------

Handicap

Tipo	Descrizione	Data Diagnosi	Note
------	-------------	---------------	------

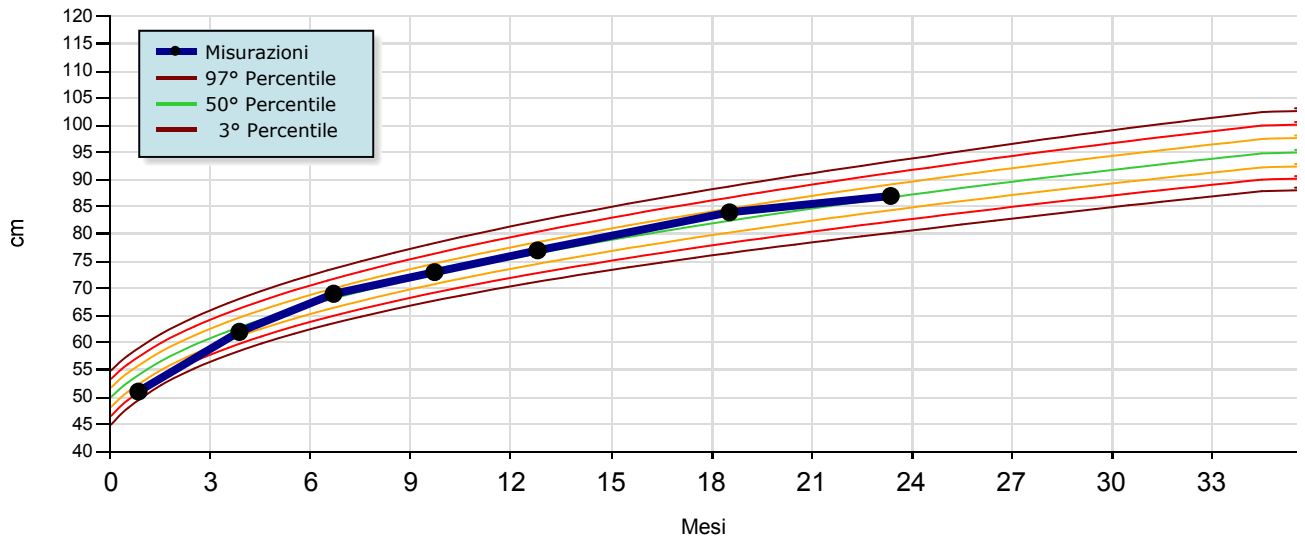
Ricoveri

Ingresso	Tipo	Motivo	Dimissione	Esito	Ospedale	Note
----------	------	--------	------------	-------	----------	------

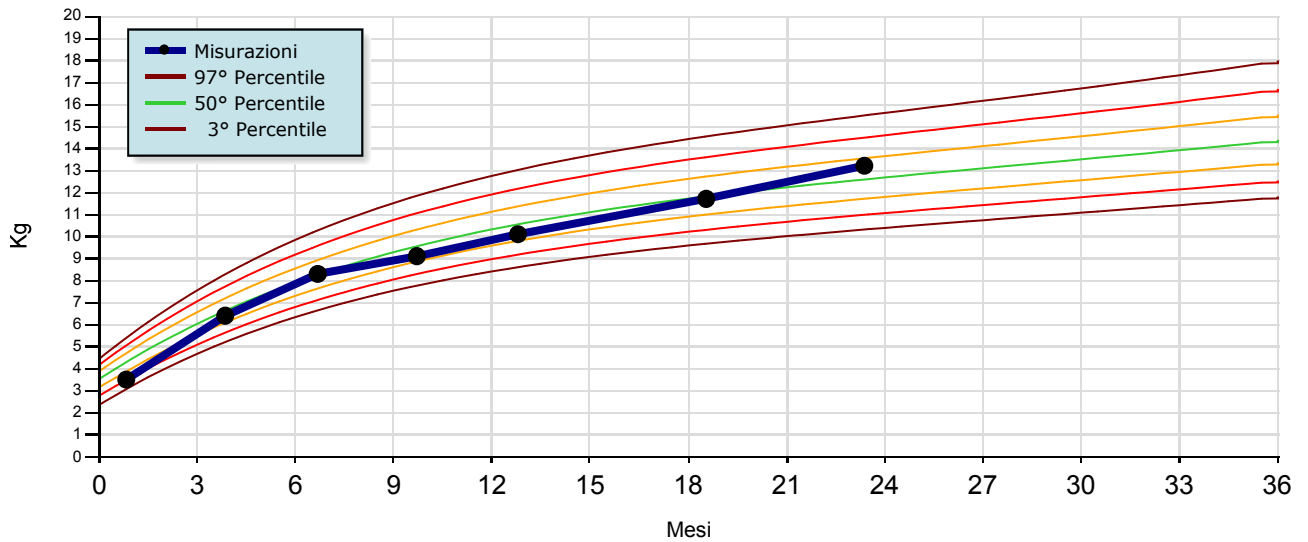
Interventi

Data	Tipo	Motivo	Esito	Operatore	Note
------	------	--------	-------	-----------	------

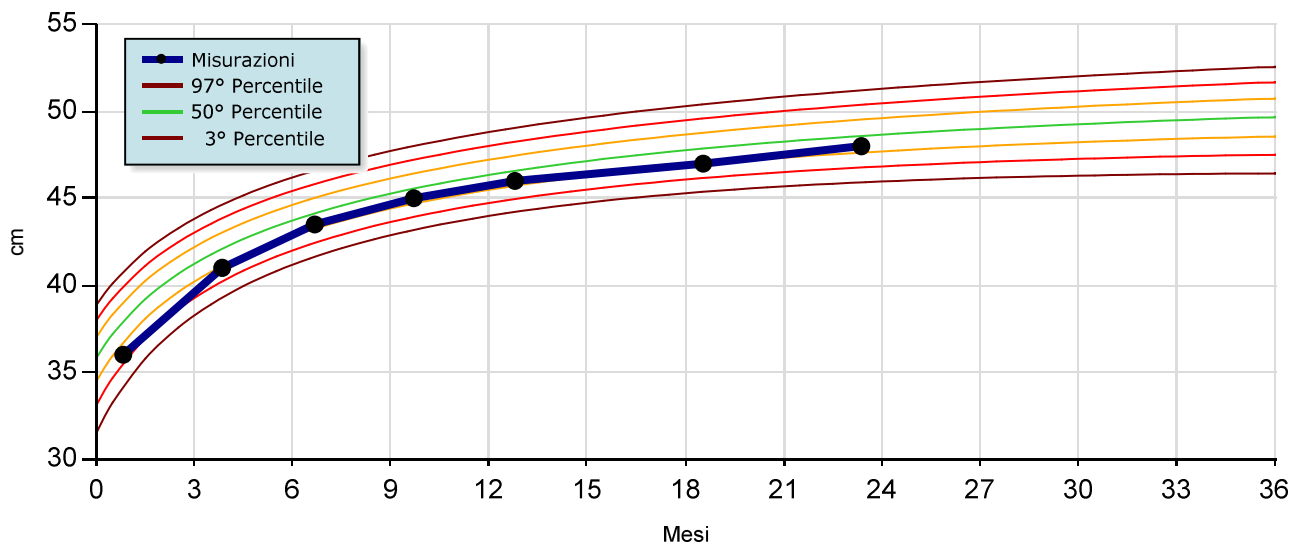
Lunghezza/Altezza nel periodo 0-36 Mesi



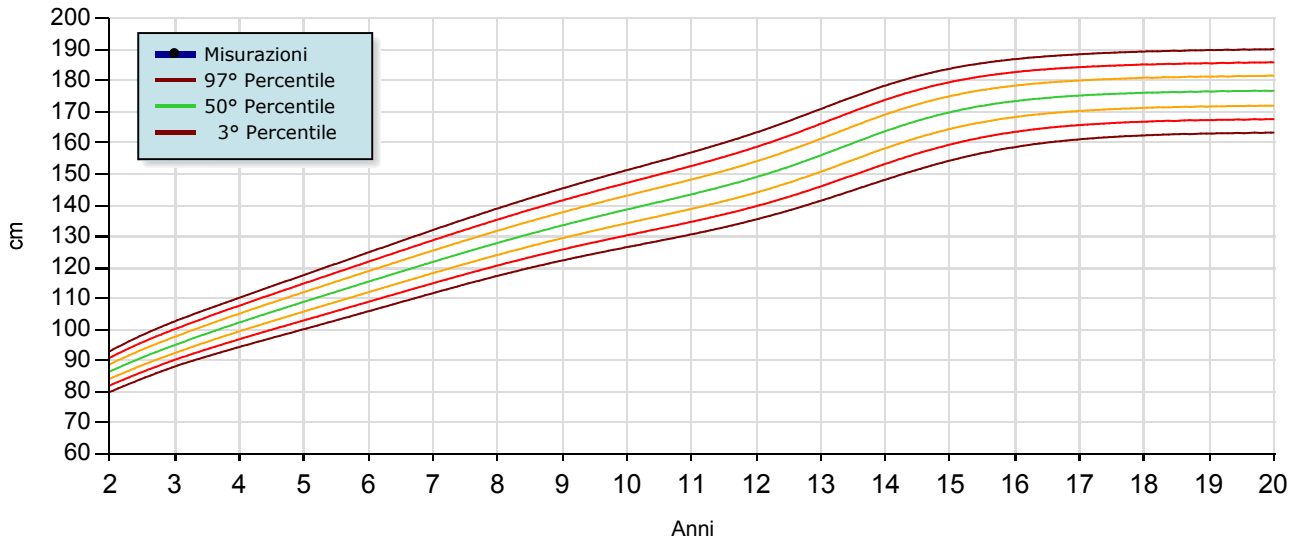
Peso nel periodo 0-36 Mesi



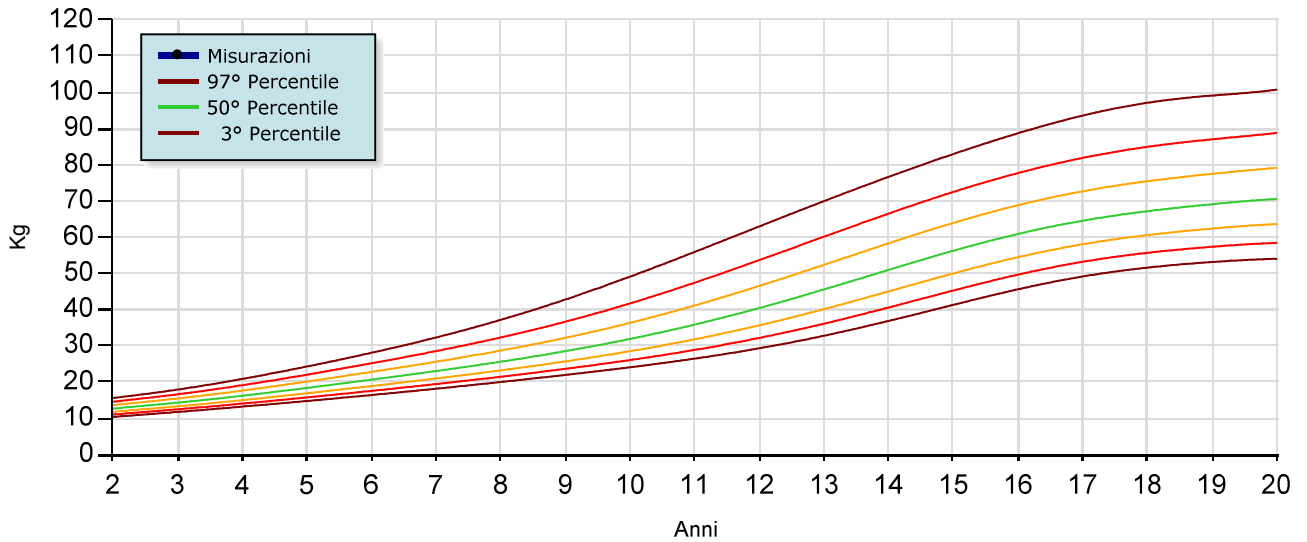
Circonferenza Cranica nel periodo 0-36 Mesi



Altezza nel periodo 2-18 Anni



Peso nel periodo 2-18 Anni



Body Mass Index nel periodo 2-18 Anni

