

QUESTIONARIO DI ANAMNESI

Benvenuto in JPM! La preghiamo di compilare il seguente questionario nella sua interezza. Tutte le Sue informazioni sono tutelate dal segreto professionale, nel rispetto della corrente Normativa sulla Privacy.

Nome..... Cognome.....

Data e luogo di nascita..... Sesso ☐ M ☐ F

Occupazione.....

Indirizzo.....

CAP..... Città..... Provincia.....

Telefono.....

E-mail.....

Dichiaro di prestare consenso per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'Art.13 del D.Lgs. n. 196/2003 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Firma leggibile

.....

ABITUDINI QUOTIDIANE

Per quale motivo/problema/dolore si rivolge a noi?

.....

Quando/Come è iniziato?

.....

Potrebbe indicarci precisamente sullo schema dove si trova il/i motivo/i per cui si rivolge a noi?

.....

Ha già consultato altri professionisti per questo problema?

Se sì, chi?

.....

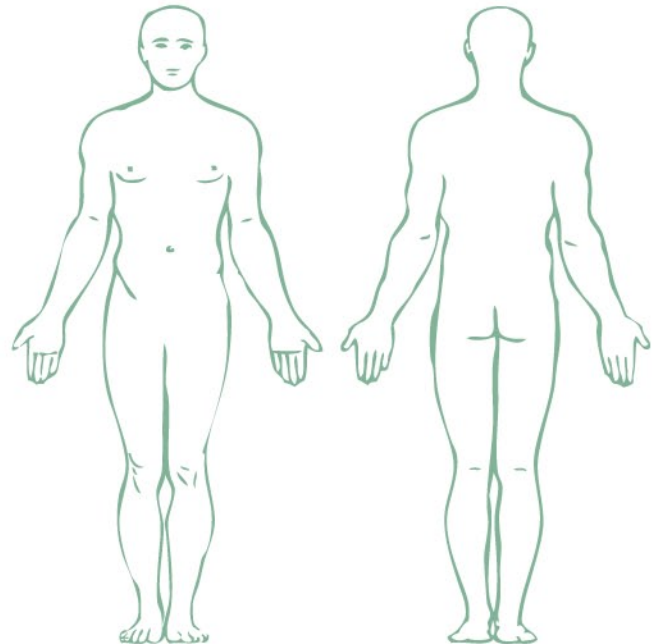
Da quanto tempo soffre di questo disturbo?

.....

Come potrebbe descrivere il tipo di fastidio

(formicolio/dolore/bruciore ecc..)?

.....



Su una Scala da 1 a 10, in cui 1 rappresenta assenza di dolore e 10 il massimo che può immaginare, dove potrebbe situare il Suo dolore?

Ha altre osservazioni da aggiungere?

STORIA CLINICA

Ha già subito interventi chirurgici? Se sì, quali ?

Ha già subito anestesie generali?

Ha già avuto fratture? Se sì, dove ?

Ha già avuto incidenti, traumi cranici, perdite di coscienza?

Soffre di qualche malattia?

ABITUDINI QUOTIDIANE

Quanta acqua beve al giorno?

Si alimenta in maniera equilibrata?

Conosce il suo peso e la sua altezza?

Beve alcool? Con quale frequenza?

Fuma? Se sì, quanto?

Pratica sport?

Dorme bene durante la notte?

Ritiene di avere un lavoro o una vita molto stressante?

QUESTIONARIO SULLA SALUTE GENERALE

Grazie per aver risposto a tutte le domande. Rimane ora un'ultima parte molto importante: immagini di doverci analizzare dalla testa ai piedi e provi a ricordare se una delle seguenti zone del corpo soffre o ha sofferto di problemi. Ci aiuti ad aiutarla al meglio!

Soffre di Mal di testa? Vertigini? Sinusite?

Ha problemi agli occhi/vista? Porta occhiali?

Soffre spesso di otite/ ha problemi alle orecchie?

Soffre di dolori ai denti/mandibola/gengive/lingua?

Ha dolori frequenti al collo o alla gola?

Ha problemi alle spalle?

Respira correttamente? Ha problemi polmonari?

Ha patologie cardiache/vascolari/linfatiche?

Ha dolori alle braccia/gomiti/polsi/dita?

Ha dolori alle gambe/ginocchia/caviglie/piedi?

Ha problemi di digestione?

Ha problemi ai reni o all'apparato urinario?

Ha problemi alle ovaie/utero o ginecologici?

Ha problemi ai testicoli/ prostata?

Ha patologie del sistema nervoso?

Provi a pensare se abbiamo dimenticato qualcosa di importante o se ha qualcos'altro che vorrebbe comunicarci:

Grazie! Tra poco inizierà il suo percorso in Jpm. Se ha domande o informazioni utili può comunicarle alle Segretarie o ai Dottori che La seguiranno.