

ENTRATA
USCITA
N. REGISTRO

Cognome e nome _____
 Nata a _____ il _____ di anni _____
 Domicilio _____ telefono _____
 Professione _____
 Parenti o conoscenti per eventuali comunicazioni _____

ANAMNESI FAMILIARE

Diabete ☐ Ipertensione ☐ Emopatie ☐ Gemellarità ☐
 Altre _____

EMOGRUPPO
Rh

Coniuge:

ANAMNESI PERSONALE

Menarca _____ Mestruazioni successive _____ Contraccettivi sì ☐ no ☐

SIEROLOGIA

Toxotest _____ Rubeotest _____
 VDRL _____ HBsAg _____
 HCV _____ Anti HIV _____

Allergie:

Allergie a farmaci:

 sì ☐

 no ☐

Trasfusioni

 sì ☐

 no ☐
PARITÀ

--	--	--	--

ANNO	DURATA	COMPLICANZE IN GRAVIDANZA	PARTO/ABORTO	PUERPERIO	ALLATTAMENTO	NEONATO

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

DIAGNOSI ALL'INGRESSO

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Altezza _____ Peso attuale (Kg) _____

Costituzione _____ Peso iniziale (Kg) _____

Stato generale _____

Cute _____

Mucose _____

Osservazioni _____

Polso _____ Temperatura _____

Apparato respiratorio _____

Cuore _____

Organi addominali _____

Varici _____

Edemi _____

Proteinuria_____

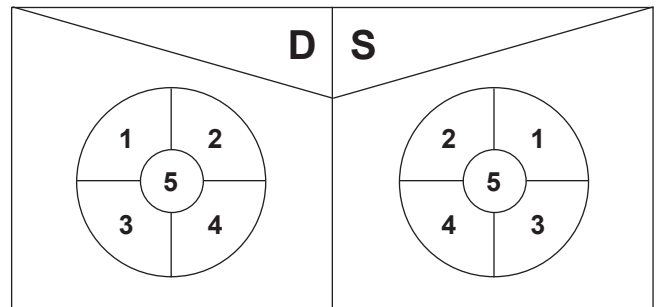
PA

**ESAMI RADIOLOGICI E DI LABORATORIO ESEGUITI PRECEDENTEMENTE AL RICOVERO
ATTINENTI L'ATTUALE FORMA MORBOSA**

VISITA GINECOLOGICA

Data _____ U.M. _____

MAMMELLE _____



ESPLORAZIONE PELVICA _____

DIAGNOSI _____

DIMISSIONE

Data _____

Quadro clinico _____

Diagnosi all'uscita _____

Terapia effettuata _____

Decorso Clinico _____

IL MEDICO _____

Attesto di uscire da questo Ospedale sotto la mia reponsabilità e contro il volere dei Sanitari. Sottoscrivendo questa dichiarazione mi assumo ogni rischio e libero da ogni responsabilità il personale dell'Ospedale.

Data _____

Firma della paziente _____

Sono stata avvertita di dover ritirare l'esito dell'esame istologico tra 30 giorni presso la Segreteria del reparto

Data _____

Firma della paziente _____

Ritiro i seguenti esami: _____

Data _____

Firma della paziente _____