

Nome: _____

Data: _____

Cognome: _____

Data di nascita: ____/____/____

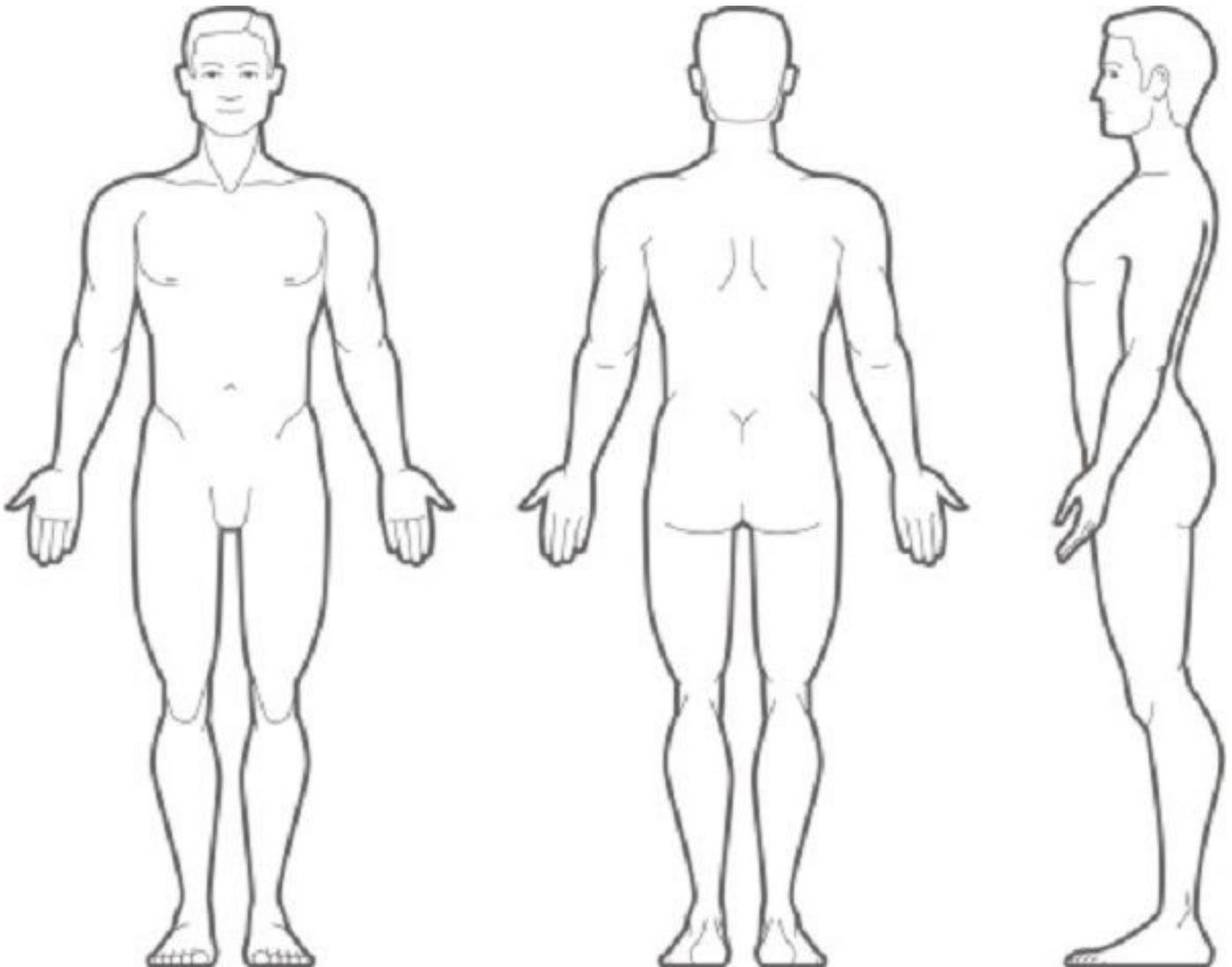
Occupazione: _____

Età: _____

STORIA CLINICA

Hai subito di recente un incidente? SÌ NO

Evidenzia le aree di dolore (D), formicolio (F), e deficit sensoriale (S) e dai un voto da 1 a 10 a seconda della gravità dei sintomi.



STORIA FAMILIARE (genitori e nonni)					
Si	No	Artrite: reumatoide, psoriatica, ...			
Si	No	Tumori			
Si	No	SLA / MS			
Si	No	Patologie cardiovascolari			
STORIA PERSONALE					
Si	No	Farmaci e/o gli integratori? Quali: _____			
Si	No	Recenti variazioni di peso Quanto _____ Perché _____	Ernia: Discale _____ latale Addominale Inguinale	Si	No
Si	No	Mal di testa: Tipo _____ Frequenza _____	Diabete: Tipo I _____ Tipo II _____	Si	No
Si	No	Allergie Quali: _____			
Si	No	Asma	Febbre _____	Si	No
Si	No	Distacco della retina	Patologie della Tiroide	Si	No
Si	No	Acufene	Palpitazioni	Si	No
Si	No	Dolore cervicale	Svenimenti	Si	No
Si	No	Dolore dorsale	Iperensione	Si	No
Si	No	Dolore lombare	Aritmie	Si	No
Si	No	Dolore iliosacrale	Ictus / Trombosi	Si	No
Si	No	Psoriasi / pelle irritata	Aneurismi	Si	No
Si	No	Osteoporosi Densitometria in data _____			

Condizioni / disturbi delle:

Si	No	Gambe	S	D	Infezioni urinarie	Si	No
Si	No	Ginocchia	S	D	Problemi della prostata	Si	No
Si	No	Caviglie	S	D	Urgenza / esitazione urinaria	Si	No
Si	No	Piedi	S	D	Difficoltà nel trattenere l'urina	Si	No
Si	No	Spalle	S	D	Fratture / slogature Operazioni chirurgiche	Si	No
Si	No	Braccia	S	D	TIPO _____ DATA _____		
Si	No	Mani	S	D			
Si	No	Menopausa					
Si	No	Sei in stato di gravidanza?					
					Consumi caffeina?	Si	No
Si	No	Convulsioni / epilessia			Consumi alcolici?	Si	No
Si	No	Debolezza muscolare			Quanta acqua bevi? _____		
Si	No	Traumi cranici			Segui una dieta speciale?	Si	No
					Fai sport?	Si	No
					Che tipo?		
Si	No	Rigidità articolare					
Si	No	Dolore articolare			Fumi?	Si	No
Si	No	Gonfiore articolare			Quante sigarette al giorno? _____		
Si	No	Crampi muscolari			Da quanti anni? _____		
					Dispositivi cardiaci?	Si	No
					Protesi ortopediche/estetiche o di qualunque altro tipo?	Si	No

Dichiaro che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata.

Torino, _____

Firma _____