

| | | |
|---|-------------------|---------|
|  Logo Azienda | Cognome | Barcode |
| | Nome | |
| | Data di nascita | |
| | N° CCI/Nosologico | |

NON INDAGABILE (per tutti gli apparati)

MOTIVAZIONI : _____

PATOLOGIE APPARATO CARDIOVASCOLARE

SI

NO

NON INDAGABILE Motivazioni : _____

- Cardiopatia ischemica _____
- Cardiopatia valvolare _____
- Cardiomiopatie/Miocardite _____
- Aritmie _____
- Patologie del circolo polmonare _____
- Cardiopatia congenita _____
- Ipertensione arteriosa sistemica _____
- Vasculopatie arteriose/venose _____
- Patologie dell'aorta _____
- Patologie del pericardio _____
- Interventi chirurgici / procedure _____
- Altro _____

PATOLOGIE APPARATO RESPIRATORIO

SI

NO

NON INDAGABILE Motivazioni : _____

- BPCO _____
- Asma _____
- Sindrome Apnee Ostruttive del Sonno _____
- Pneumopatia interstiziali _____
- Bronchiectasie / bronchioliti _____
- Polmoniti _____
- Interventi chirurgici / procedure _____
- Altro _____

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (*centrale e periferico*)SI NO NON INDAGABILE Motivazioni : _____

- Ictus (ischemico/emorragico) _____
- Crisi epilettica _____
- Miopatie _____
- Neuropatie _____
- Traumi _____
- Malattie degenerative _____
- Interventi chirurgici / procedure _____
- Altro _____

PATOLOGIE APPARATO GASTROINTESTINALESI NO NON INDAGABILE Motivazioni : _____

- Cirrosi epatica _____
- Malattie infiammatorie intestinali _____
- Ulcera gastrica/duodenale _____
- Patologie colecisti e vie biliari _____
- Pancreatite _____
- Patologie esofago _____
- Epatiti _____
- Interventi chirurgici / procedure _____
- Altro (specificare) _____

PATOLOGIE APPARATO UROGENITALESI NO NON INDAGABILE Motivazioni : _____

- Litiasi renale _____
- IRC/IRA _____
- Ipertrofia prostatica _____
- Glomerulonefriti _____
- Patologie tubolo interstiziali _____
- Interventi chirurgici / procedure _____
- Altro (specificare) _____

PATOLOGIE APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICOSI NO NON INDAGABILE Motivazioni : _____

- Malattie Degenerative _____
- Traumi _____
- Interventi chirurgici / procedure _____
- Altro (specificare) _____

PATOLOGIE APPARATO ENDOCRINO-METABOLICOSI NO NON INDAGABILE Motivazioni : _____

- Dislipidemie _____
- Diabete _____
- Gotta _____
- Ipertiroidismo _____
- Ipotiroidismo _____
- Interventi chirurgici / procedure _____
- Altro (specificare) _____

PATOLOGIE APPARATO EMATOPOIETICOSI NO NON INDAGABILE Motivazioni : _____

- Patologie della Coagulazione _____
- Patologie piastriniche _____
- Anemie _____
- Emoglobinopatie _____
- Leucemie _____
- Patologie Mielo-Proliferative _____
- Sindromi Mielodisplastiche/
Anemia Aplastica _____
- Mieloma Multiplo _____
- Altro (specificare) _____

PATOLOGIE APPARATO UditivoSI NO NON INDAGABILE Motivazioni : _____

- Ipoacusia _____
- Interventi chirurgici / procedure _____

PATOLOGIE APPARATO VISIVOSI NO NON INDAGABILE Motivazioni : _____

- Deficit visivo _____
- Interventi chirurgici / procedure _____

MALATTIE INFETTIVESI NO NON INDAGABILE Motivazioni : _____

- HIV _____
- HBV _____
- HCV _____
- TBC _____
- MST _____
- Altro (specificare) _____
- _____
- _____

NEOPLASIESI NO NON INDAGABILE Motivazioni : _____

MALATTIE SISTEMA IMMUNITARIOSI NO NON INDAGABILE Motivazioni : _____

ALTRO

FONTE DELLE INFORMAZIONI

- Paziente Caregiver / Parente Documentazione sanitaria
- Altro _____

Medico Data / / Ora :

Firma e timbro del medico