

## Dati anagrafici e di contatto

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F  Altro \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Contatto telefonico: \_\_\_\_\_

Ulteriore contatto per urgenze (facoltativo): \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

Indirizzo di domicilio: \_\_\_\_\_

Familiari pazienti dello studio (indicare rapporto di parentela): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Parametri corporei

Peso: \_\_\_\_\_

Altezza: \_\_\_\_\_

Circonferenza vita: \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_

## Fattori di rischio

Fumatore:  SI  NO

Numero di sigarette al giorno \_\_\_\_\_

Ex fumatore:  SI  NO

Data di fine \_\_\_\_\_

Alcolici:  SI  NO

Tipologia e quantità consumata \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Attività fisica:  NESSUNA  LIEVE  MODERATA  INTENSA

Caratteristiche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Allergie ed intolleranze

A farmaci:  SI  NO

Specificare principio attivo e tipologia di reazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A cibi:  SI  NO

Specificare alimento e tipologia di reazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altro:  SI  NO

Specificare, indicando anche la tipologia di reazione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Patologie

Diabete:  SI  NO

Specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Iperensione:  SI  NO

Specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patologie cardiache:  SI  NO

Specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patologie renali:  SI  NO

Specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Neoplasie:  SI  NO

Specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sindromi degenerative:  SI  NO

Specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altre patologie rilevanti:  SI  NO

Specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Terapia cronica

| FARMACO | PRINCIPIO ATTIVO | DOSAGGIO | FREQUENZA ASSUNZIONE | DATA INIZIO ASSUNZIONE |
|---------|------------------|----------|----------------------|------------------------|
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |
|         |                  |          |                      |                        |

Documentazione da allegare

Si prega di allegare al presente modulo compilato la seguente documentazione:

- Documentazione derivante da visite specialistiche degli ultimi 12 mesi, o le ultime effettuate se precedenti
- Documentazione derivante da esami strumentali degli ultimi 12 mesi, o le ultime effettuate se precedenti
- Documentazione derivante da analisi di laboratorio degli ultimi 12 mesi, o le ultime effettuate se precedenti
- **Consenso al trattamento dei dati personali, debitamente compilato e firmato**

Data e luogo

Firma

---



---