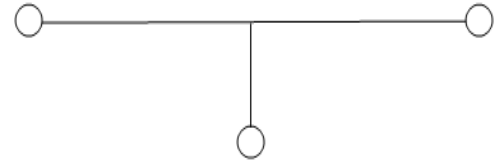


Dati personali:	Timbro medico:	Data:
-----------------	----------------	-------

Genogramma



Anamnesi:

Famiglia: Malattie da dipendenze / Sofferenze psichiche / Problemi somatici?

Paziente: Incidenti / Inteventi chirurgici / Ospedalizzazioni?

Ittero / Serologia epatite é nota?

Gravidanze / Aborti?

Malattie veneree / Ultimo test HIV? Stato delle vaccinazioni (spec. HBV)

Situazioni d'emergenza associate al consumo di droghe

Precedenti trattamenti per dipendenza amb./stat.

Anamnesi dell'uso di sostanze:

Sostanza d'applicazione	Quantità	dal	al	Modalità	Consumo attuale
-------------------------	----------	-----	----	----------	-----------------

Anamnesi psichiatrica:

Tentativi di suicidio?

Anamnesi sociale:

Come abita?

Persone di riferimento

Figli?

Datore di lavoro/professione

Professione

Rendita AI

Assistenza sociale

Servizi sociali

Nazionalità/Madrelingua

Anamnesi sistemica:

Peso (stabile?)

Cardiopolmonare:

Palpitazioni / Aritmie

Sincope

Capogiri

Segni di insufficienza

Tosse cronica

Dispnoe / Asma

Gastrointestinale:

Ittero

Stipsi

Gastrite- / Reflusso

Neurologico:

Sonno

Epilessia

Urogenitale:

Ultima mestruazione

Uso di anticoncezionali

Rischio-HIV / Prostituzione

Minzione

Cute:

Infezioni

Allergie:

Terapia farmacologica
attuale:**Status:**

Generale:

Stato generale

Stato di nutrizione

Peso / Altezza

Testa e collo:

Pupille

Setto nasale (Cocaina)

Mucosa della bocca

DStato della dentatura

Candidosi

Linfonodi

Tronco:

Toni cardiaci

Polso/ Arritmie

Rumori polmonari patologici

Fegato

Milza

Intestino

Linfonodi inguinali

Arti:

Pressione arteriosa

Segni di iniezioni/con infezioni

Cicatrici da ascessi

Stato delle vene

Neuro: ASR, PSR

Senso vibratorio