



ANAMNESI GENERALE Paz: _____

1) Quanto tempo è trascorso dal suo ultimo trattamento o controllo dentario? _____

2) Ha avuto ricoveri ospedalieri o malattie di una certa entità negli ultimi 2 o 3 anni? ☐ sì ☐ no

3) Ha sofferto o soffre di:

a) affezioni cardiache ☐ sì ☐ no

b) alterazioni alla pressione sanguigna (pressione alta o bassa) ☐ sì ☐ no

c) affezioni renali ☐ sì ☐ no

d) affezioni reumatiche ☐ sì ☐ no

e) malattie del sangue ☐ sì ☐ no

f) malattie oculari ☐ sì ☐ no

g) diabete ☐ sì ☐ no

h) ulcere gastriche o duodenali ☐ sì ☐ no

i) asma o malattie allergiche ☐ sì ☐ no

l) Depressione ☐ sì ☐ no

m) Malattie del sistema nervoso ☐ sì ☐ no

n) altre affezioni (epatite, HIV) ☐ sì ☐ no

Se ha barrato almeno un sì, specifichi meglio: _____

4) Ha mai avuto qualche conseguenza particolare in seguito all'assunzione di anestetici, antibiotici o altri farmaci? ☐ sì ☐ no

5) E' mai stato avvertito di non prendere qualche farmaco o medicina in particolare? ☐ sì ☐ no

6) E' allergico a qualche farmaco?

Se sì, quale?

7) Ha mai avuto una anestesia locale? ☐ sì ☐ no

Quali sono state le conseguenze? _____

8) Attualmente prende medicine (vitamine, ormoni o altro)? ☐ sì ☐ no

9) Sanguina in modo anomalo quando si ferisce? ☐ sì ☐ no

10) Presenta ematomi o si gonfia facilmente? ☐ sì ☐ no

11) Guarisce? ☐ Rapidamente ☐ normalmente ☐ lentamente

12) Ha mai effettuato chemioterapia o radioterapia? ☐ sì ☐ no

13) E' facilmente soggetto/a a infezioni? ☐ sì ☐ no

14) E' in gravidanza? ☐ sì ☐ no

16) Prende medicine per l'osteoporosi? ☐ sì ☐ no

17) Soffre di allergie? Quali? ☐ sì ☐ no

18) Fuma? ☐ sì ☐ no

19) Assume abitualmente alcolici? ☐ sì ☐ no

Data _____

Firma _____