

## Anamnesi personale e familiare

### Informazioni personali

Nome	Professione
Cognome	Cassa malati

### Anamnesi personale

Peso _____ kg	Età menarca _____	Durata del ciclo mestruale _____
Altezza _____ cm	Ciclo <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare	Durata mestruazioni _____
Ha avuto gravidanze? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Quante? _____ Complicazioni (aborti, colestasi o altro)? _____	Numero di figli _____
Fuma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Quanto? _____	
Beve alcolici? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Quanto? _____	
Ha avuto operazioni precedenti? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Quali? _____	
Assume farmaci regolarmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Quali? _____	
Soffre o ha sofferto di una malattia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Quale? _____	
E mai stata ricoverata in ospedale? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Causa? _____	

## Anamnesi Genetica Familiare

### All'interno della sua famiglia è presente una di questa malattie

Malattie genetiche/ cromosomiche conosciute  No Se sì, quale e chi? \_\_\_\_\_  
 Sì Se sì, chi (mamma, papà, nonni,...) \_\_\_\_\_

Si è già sottoposta ad un test genetico?  No Se sì, quale e chi? \_\_\_\_\_  
 Sì Se sì, chi (mamma, papà, nonni,...) \_\_\_\_\_

### Ci sono nella famiglia casi di:

Ritardi mentali e/o disturbi dello sviluppo  No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,...) \_\_\_\_\_  
 Sì

Problemi di fertilità?  No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,...) \_\_\_\_\_  
 Sì

Aborti spontanei ricorrenti o nati morti (in donne <38 anni)  No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,...) \_\_\_\_\_  
 Sì

Menopausa anticipata (donne < 45 anni)  No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,...) \_\_\_\_\_  
 Sì

Tumore al seno o all'ovaio (specificare l'età)  No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,...) \_\_\_\_\_  
 Sì

Altri tumori maligni (specificare quali ed età)  No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,...) \_\_\_\_\_  
 Sì

Disturbi metabolici (per es. favismo, ipercolesterolemia, diabete)  No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,...) \_\_\_\_\_  
 Sì

Disturbi della coagulazione (p.e. trombosi, infarto, emofilia)  No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,...) \_\_\_\_\_  
 Sì

Disturbi neurologici o muscolari (tremore, epilessia, miopatia...)  No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,...) \_\_\_\_\_  
 Sì

Sordità congenita  No Se sì, chi (mamma, papà, nonni,...) \_\_\_\_\_  
 Sì

### Origini etniche:

Di suo padre:

- Italia, Iberia, Grecia, Medioriente  
 Europa del Nord/centrale (compresa la Svizzera)  
 Europa dell'Est  
 Ebrei Ashkenaziti  
 Altro (specificare)

Di sua madre:

- Italia, Iberia, Grecia, Medioriente  
 Europa del Nord/centrale (compresa la Svizzera)  
 Europa dell'Est  
 Ebrei Ashkenaziti  
 Altro (specificare)

\_\_\_\_\_  
 Firma / Luogo

\_\_\_\_\_  
 Data: / / (Giorno/Mese/Anno)