



Modulo di Unità Operativa	MU 304385 18 Rev. 4 del 10/02/2025 Pagina 1 di 2
DAI di CHIRURGIA e ODONTOIATRIA UOC di CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE e ODONTOIATRIA - Borgo Roma	
ANAMNESI MEDICA PAZIENTE	

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____

E' in stato di gravidanza?	SI	NO	
E' fumatore? (n. di sigarette/giorno)	SI	NO	
Ha avuto ricoveri ospedalieri o malattie di una certa entità negli ultimi 2 o 3 anni?	SI	NO	
1. Patologie cardiache: Aritmie	SI	NO	
Valvulopatie/sostituzione valvolare	Quando?	SI	NO
By-pass	Quando?	SI	NO
Infarto	Quando?	SI	NO
Trapianto cardiaco	Quando?	SI	NO
2. Ipertensione	SI	NO	
3. Osteoporosi o patologie ossee	SI	NO	
4. Problemi di coagulazione del sangue	SI	NO	
5. Malattie del sangue o deficit immunitari	SI	NO	
6. Patologie infettive - Quali?	SI	NO	
7. Diabete	Fa uso di insulina?	SI	NO
8. Asma bronchiale/disturbi polmonari	SI	NO	
9. Reazioni allergiche a:	SI	NO	
10. Intolleranze alimentari a:	SI	NO	
11. Patologie epatiche o renali	SI	NO	
12. Malattie tumorali (leucemie, carcinoma, altre)	SI	NO	
13. Epilessia	SI	NO	
14. Colpo apoplettico/ictus	Quando?	SI	NO
15. Altro			
Ha mai avuto qualche conseguenza particolare in seguito all'assunzione di anestetici, antibiotici o altri farmaci?	SI	NO	
E' mai stato sottoposto ad un'anestesia locale?	SI	NO	
TERAPIA FARMACOLOGICA			
Prima di un trattamento odontoiatrico ha bisogno di profilassi antibiotica?	SI	NO	
Assume farmaci per l'osteoporosi (bifosfonati) quali?	SI	NO	
Farmaci che attualmente assume			

Data d'acquisizione _____

Firma _____

Firma del medico _____



Il paziente dichiara che niente è cambiato rispetto alla prima compilazione

DATA	FIRMA	FIRMA DEL MEDICO