

## DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e Data di Nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Medico di Base \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Inviato da \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## ANAMNESI MEDICA

La preghiamo di compilare il più correttamente possibile questa cartella che rimarrà ad uso esclusivo dello Studio.

**La informiamo che per poter ottenere una corretta erogazione dei nostri servizi professionali è necessario che fornisca i dati richiesti.** In caso di minore o soggetto interdetto, inserire i dati degli stessi e far sottoscrivere da un genitore o tutore.

Sì  No

**È in cura per qualche malattia?**

Se sì, quale? \_\_\_\_\_

Sì  No

**Ha mai avuto malattie gravi o interventi chirurgici negli ultimi 5 anni?**

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Sì  No

**È o è stato/a affetto/a da una delle seguenti malattie e/o patologie?**

### Malattie dell'apparato cardio-vascolare:

Alterazione della pressione  Infarto  Valvulopatie con/senza reflusso

Pregressa endocardite  Arteriosclerosi  Aritmia/fibrillazione atriale

Altre malattie  Se sì, quali? \_\_\_\_\_

È portatore/portatrice di:

Pacemaker  Bypass coronarici  Protesi valvolare cardiaca

### Malattie della pelle:

Lichen planus  Lupus  Orticaria o eritemi cutanei

Altre malattie  Se sì, quali? \_\_\_\_\_

### Malattie dell'apparato digerente:

Gastrite  Ulcera Gastro-duodenali  Ernia esofagea

Morbo di Crohn  Colite ulcerosa  Reflusso gastro-esofageo

Altre malattie  Se sì, quali? \_\_\_\_\_

### Malattie metaboliche:

Iperiparoidismo  Ipotiroidismo  Diabete Tipo I/Tipo II

Altre malattie  Se sì, quali? \_\_\_\_\_

### Malattie del sangue:

Anemia  Piastrinopenia

Altre malattie  Se sì, quali? \_\_\_\_\_

### Malattie epatiche:

Epatite  A  B  C  Ittero

Altre malattie  Se sì, quali? \_\_\_\_\_

## ANAMNESI MEDICA

### Malattie neurologiche:

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Parkinson          | <input type="checkbox"/> Cefalea                | <input type="checkbox"/> Convulsioni |
| <input type="checkbox"/> Epilessia          | <input type="checkbox"/> Problemi psico-emotivi | <input type="checkbox"/> Svenimenti  |
| <input type="checkbox"/> Attacchi di Panico | <input type="checkbox"/> Altre malattie         | Se si, quali? _____                  |

### Malattie polmonari o respiratorie:

- |  |                                   |   |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Sinusiti | <input type="checkbox"/> Polmoniti      |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza polmonare | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Altre malattie |
- Se si, quali? \_\_\_\_\_

### Malattie reumatiche:

- |                                  |                                  |   |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Artrosi | <input type="checkbox"/> Altre malattie |
|----------------------------------|----------------------------------|---|

### Malattie veneree:

- HIV

Si  No

**È o è stato/a in cura chemioterapica o terapia radiante?**

Si  No

**Ha sanguinamento eccessivo in estrazioni, chirurgie, ecc?**

Si  No

**Sta assumendo o ha assunto qualcuno dei seguenti farmaci negli ultimi 5 anni?:**

- |  |   |                                      |  |
|--|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotici o sulfamidici | <input type="checkbox"/> Anticoagulanti | <input type="checkbox"/> Ansiolitici | <input type="checkbox"/> Medicine per cuore        |
| <input type="checkbox"/> Antinfiammatori           | <input type="checkbox"/> Antidepressivi | <input type="checkbox"/> Cortisone   | <input type="checkbox"/> Medicine per pressione    |
| <input type="checkbox"/> Antistaminici             | <input type="checkbox"/> Aspirina       | <input type="checkbox"/> Insulina    | <input type="checkbox"/> Antidiabetici orali       |
| <input type="checkbox"/> Nitroglicerina            | <input type="checkbox"/> Antiaggreganti | <input type="checkbox"/> Integratori | <input type="checkbox"/> Bifosfonati (per le ossa) |
| <input type="checkbox"/> Vitamina D                | <input type="checkbox"/> Altri farmaci  | Se si, quali? _____                  |  |

Si  No

**È allergico/a o ha mai reagito in maniera anomala a:**

- |   |  |                                      |  |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anestetici locali    | <input type="checkbox"/> Penicillina   | <input type="checkbox"/> Barbiturici | <input type="checkbox"/> Antibiotici o sulfamidici |
| <input type="checkbox"/> Sedativi             | <input type="checkbox"/> Sonniferi     | <input type="checkbox"/> Aspirina    | <input type="checkbox"/> Iodio/Tintura di Iodio    |
| <input type="checkbox"/> Metalli (es. Nichel) | <input type="checkbox"/> Alimenti      | <input type="checkbox"/> Lattice     | <input type="checkbox"/> Anestesia                 |
| <input type="checkbox"/> Colluttori           | <input type="checkbox"/> Altri farmaci | Se si, quali? _____                  |  |

Si  No

**Fuma?**

Se si, quanto? \_\_\_\_\_

### Solo per le pazienti di sesso femminile:

- Si  No È in stato di gravidanza?
- Si  No Sta allattando?
- Si  No Assume contraccettivi orali?

### Solo per i minori:

- Si  No Ha problemi fonatori o dislalie?
- Si  No Respira con la bocca o parzialmente?

**Elenco farmaci che assume:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANAMNESI DENTALE

Ogni quanto tempo mediamente si reca dal dentista?

6 mesi o meno

1 anno o più

Solo in caso di necessità

A quando risale l'ultima visita presso un dentista? \_\_\_\_\_

A quando risale l'ultimo esame radiografico? \_\_\_\_\_

Quante volte al giorno si spazzola i denti?

Tre o più

Due

Una

Sì  No

Usa regolarmente il filo interdentale?

Sì  No

Fa uso di qualche collutorio?

Se sì, quale? \_\_\_\_\_

### ESPERIENZE PASSATE

Sì  No

Ha timori del trattamento odontoiatrico? Su una scala da 1 (poco) a 10 (molto)? \_\_\_\_\_

Sì  No

Ha mai avuto delle esperienze negative o complicazioni con le terapie odontoiatriche ricevute?

Sì  No

Ha mai avuto problemi a essere anestetizzato/a o ha avuto reazioni all'anestetico?

Sì  No

Si è mai sottoposto/a a terapia ortodontica con apparecchi fissi o removibili?

Sì  No

Si è mai sottoposto/a ad aggiustamenti occlusali (molaggio dei denti)?

Sì  No

Le sono stati estratti dei denti?

### IL SORRISO

Sì  No

C'è qualcosa dell'aspetto dei suoi denti che vorrebbe cambiare?

Se sì, cosa? \_\_\_\_\_

Sì  No

Ha mai sbiancato i denti?

Sì  No

Si sente mai a disagio a causa dei suoi denti?

Sì  No

È mai stato/a deluso/a dall'aspetto delle protesi realizzate per lei in passato?

### LA MASTICAZIONE E LE ARTICOLAZIONI

Sì  No

Ha problemi a masticare la gomma (chewing-gum)?

Sì  No

Ha problemi a masticare cibi tenaci o duri?

Sì  No

I suoi denti sono cambiati negli ultimi 5 anni, diventati più corti, più sottili o abrasati?

Sì  No

I suoi denti si sono spostati, accavallati o hanno sviluppato degli spazi?

Sì  No

Ha più di una posizione in cui chiude i denti o stringe i denti per farli combaciare?

Sì  No

Si morde le unghie, mastica cubetti di ghiaccio, usa i denti per tenere degli oggetti o ha altre abitudini viziate?

Sì  No

Digrigna o stringe i denti durante la notte o durante il giorno?

Sì  No

Ha problemi a dormire o si sveglia cosciente dei suoi denti?

Sì  No

Ha problemi con le sue articolazioni temporo-mandibolari (dolore davanti o dietro l'orecchio, rumori nella zona dell'orecchio, apertura limitata della bocca, blocco dell'articolazione)?

Sì  No

Soffre di mal di testa, di dolori cervicali o i suoi denti sono indolenziti?

Sì  No

Indossa o ha indossato un apparecchio notturno o un bite?

I DENTI

- Sì  No **Ha avuto carie negli ultimi 3 anni?**
- Sì  No **La sua bocca tende ad essere secca o ha difficoltà ad inghiottire il cibo?**
- Sì  No **I suoi denti sono sensibili al freddo, al caldo, alla pressione o ai cibi dolci, oppure evita di spazzolare dei denti?**
- Sì  No **Ha mai avuto mal di denti, un'otturazione fratturata, un dente scheggiato o rotto?**
- Sì  No **Il cibo le si incastra mai fra i denti?**

GENGIVE, MUCOSE E OSSO

- Sì  No **Quando spazzola i denti o usa filo interdentale, le sanguinano le gengive?**
- Sì  No **Ha mai avuto recessione delle gengive?**
- Sì  No **I suoi denti sono diventati mobili (non a causa di un trauma) o ha difficoltà a mordere una mela?**
- Sì  No **Ha mai notato ulcerazioni o tumefazioni all'interno della sua bocca?**
- Sì  No **Soffre di alitosi o ha mai avuto un sapore cattivo in bocca?**
- Sì  No **Ha bruciori in bocca?**
- Sì  No **Le è mai stata diagnosticata la malattia parodontale (piorrea) oppure è mai stato/a curato/a per questa patologia?**
- Sì  No **C'è nessuno nella sua famiglia al quale è stata diagnosticata la malattia parodontale (piorrea)?**
- Sì  No **Ha altre informazioni da segnalare?** \_\_\_\_\_

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dichiaro di aver letto e compreso il questionario che sottoscrivo e che le suddette informazioni sono veritiere ed accurate. Autorizzo pertanto i sanitari presenti in questa struttura ad utilizzarle in maniera riservata al fine di curarmi nel modo più adeguato possibile. Mi impegno inoltre a comunicare tempestivamente qualunque variazione del mio stato di salute.**