



Azienda ospedaliero-universitaria di Cagliari  
Reperto di Impiantologia  
Direttore: Prof.ssa Elisabetta Cotti

N° cartella

Codice fiscale

Data inizio cure

\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Dati paziente

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo

Prov.

Indirizzo

Città

Prov.

CAP

Tel.

Cell.

INDAGINE ANAMNESTICA

	Si	No	Note
Ha mai avuto conseguenze in seguito ad anestesia locale?			
Ha problemi cardiovascolari?			
Ha l'epatite?			
Ha disturbi della coagulazione?			
Ha mai sofferto di allergie?			
E' stato sottoposto ad interventi chirurgici in precedenza?			
E' stato mai ricoverato in ospedale?			
E' in gravidanza?			
Ha il diabete?			
Ha l'HIV?			
Soffre di pressione alta?			
Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti?			
Ha patologie ossee?			
Ha fatto o fa uso di bifosfonati?			
Attualmente sta assumendo farmaci?			
Altre patologie da dichiarare?			

COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO DEL REPARTO



Formula dentaria

(Segnare con una x i denti mancanti)

Timbro e firma del medico curante

NOTE

Firma del paziente

Firma del medico