

Data prelievo _____/_____/_____

Cognome _____ Nome _____ data nascita ____/____/____

E' cliente del Centro si no,
se si, ha già effettuato analisi cliniche presso la nostra struttura si no

Diagnosi (motivazione del prelievo) _____

Terapia (farmaci) _____

Ultima mestruazione _____ Settimana gravidanza _____

Patologie specifiche: Dislipidemie Diabete Nefropatia Microcitemia Epatopatia

Malattie tiroidee (specificare) _____

Malattie infettive (specificare) _____ (Event. vaccinazioni) _____

Altre patologie croniche rilevanti _____

Allergie (specificare) _____

Mod: Scheda Anamnesi (uso interno)

Rev. 05 Aut. Dir. del 23/02/2010

Data prelievo _____/_____/_____

Cognome _____ Nome _____ data nascita ____/____/____

E' cliente del Centro si no,
se si, ha già effettuato analisi cliniche presso la nostra struttura si no

Diagnosi (motivazione del prelievo) _____

Terapia (farmaci) _____

Ultima mestruazione _____ Settimana gravidanza _____

Patologie specifiche: Dislipidemie Diabete Nefropatia Microcitemia Epatopatia

Malattie tiroidee (specificare) _____

Malattie infettive (specificare) _____ (Event. vaccinazioni) _____

Altre patologie croniche rilevanti _____

Allergie (specificare) _____

Mod: Scheda Anamnesi (uso interno)

Rev. 05 Aut. Dir. del 08/08/08