



# Lettera del medico curante

solo al uso del medico: +31 23 528 68 48

## DATI DELLA PAZIENTE:

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita: .....

Indirizzo: .....

Città: .....

DATA 1° COLLOQUIO: ..... / ..... / .....

Gruppo sanguigno/Rh. / .....

Grav. ....

Para .....

SC .....

MEF .....

## 1° GIORNO ULTIMA MESTRUAZIONE:

..... / ..... / .....

## Gravidanza accertata mediante:

Test delle urine       Visita medica

Esame del sangue       Ecografia

## FARMACI ASSUNTI:

(negli ultimi 3 mesi)

.....

.....

.....

.....

## ALLERGIE:

.....

.....

.....

.....

## ANAMNESI:

Chirurgia addominale     Cardiopatie       Ipertensione       Diabete       Disturbi neurologici

Anemia       Chirurgia ginecologica     Nefrologie       Malattie polmonari       Epilessia

Trasfusioni       Problemi di coagulazione     Malattie veneree     Malattie psichiatriche     Malattie infettive

Altro, ovvero: .....

## MOTIVAZIONI:

.....

.....

.....

.....

.....

## NOME MEDICO CURANTE/REFERENTE:

## FIRMA & DATA:

..... / ..... / .....