N° Cartella _____

Data di compilazione _____

CARTELLA CLINICA GINECOLOGICA

Cognome e Nome _____ data nascita _____

Anamnesi familiare _____

_____

_____

1ª mestruazione _____

Caratteri delle successive mestruazioni: Ritmo _____ Durata _____ Quantità _____

Dismenorrea _____ Sindrome premestruale _____

Eventuali modifiche nell'ultimo anno _____

Gravidanze _____

Parti Data _____ Luogo _____ Tipo di Parto _____ Peso neonato _____
Data _____ Luogo _____ Tipo di Parto _____ Peso neonato _____
Data _____ Luogo _____ Tipo di Parto _____ Peso neonato _____

Allattamenti _____

Aborti spontanei entro il 3° mese _____ Oltre il 3° mese _____ IVG _____

Fumatrice _____ Uso di Acool _____ Altro _____

Malattie generali /Allergie/Intolleranze _____

_____

Interventi chirurgici _____

_____

Terapia in corso _____

Ha praticato contraccezione? _____ Quale e per quanto tempo? _____

_____

_____

_____

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Peso_____Altezza_____PA_____

ESAME GINECOLOGICO

Genitali esterni_____Utero_____

Portio_____Annessi_____

ESAME SENO

_____

Motivo della prima visita_____

_____

ESAMI preconcezionali o altro tipo di analisi richiesti_____

_____

_____
(Timbro e Firma del Sanitario)

VISITE SUCCESSIVE

Data e Firma Sanitario	

Data e Firma Sanitario	

Data e Firma Sanitario	