

Area Genetica ANMCO. L'importanza dell'anamnesi familiare in cardiologia - Parte III

Alessandra Repetto, Michele Pasotti, Angela Pisani, Eloisa Arbustini*

Dipartimento di Cardiologia, *Area Trapiantologica, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Key words:
Cardiac diseases;
Family history;
Genealogic tree.

This is a proposal for collecting the family history throughout a guided form to be given to the patient when awaiting for ambulatory examination or hospital admission, before meeting the cardiologist. In this form, the patient is asked to make an effort in order to focus on his family history (diseases, signs, symptoms, medications, etc.) at least for parents, sibs, and off-springs. A nurse should be committed to give the form to the patient, making him sure that the incomplete filling does not limit the quality of the diagnostic and therapeutic work-up. Thanks to the guided form, the patient concentrates the attention on his family history, eventually consulting the relatives before being examined. The form opens stating that all data are potentially helpful, but none is essential for diagnosis and treatment. This new approach to the family history could support clinicians in having helpful news, only deepening information that seems to be more relevant for the diagnosis.

(Ital Heart J Suppl 2001; 2 (6): 640-646)

© 2001 CEPI Srl

Ricevuto il 23 aprile
2001; accettato il 30
aprile 2001.

Per la corrispondenza:

Dr.ssa Eloisa Arbustini

Sezione di Anatomia
Patologica
Università degli Studi
IRCCS Policlinico
S. Matteo
Via Forlanini, 14
27100 Pavia
E-mail:
e.arbustini@smatteo.pv.it



Il cardiologo al paziente

La "storia" della salute/delle malattie nella sua famiglia può aiutare noi cardiologi ad inquadrare meglio la sua malattia. Quando ci ammaliamo, concentriamo tutta l'attenzione sul nostro problema. Cerchiamo di capire quando è cominciato il malessere/dolore/febbre/ecc., in che modo, cosa stavamo facendo, ecc. Cerchiamo cioè di dare un contesto alla nuova condizione. "Avrò mangiato qualcosa che mi ha fatto male! Avrò preso freddo! Avrò fatto un movimento strano!" Eccetera.

Raramente andiamo con il pensiero alla nostra famiglia e alla sua storia di salu-

te/malattia. Raramente ci capita di pensare che forse, riflettendo con attenzione sulla storia della nostra famiglia, potremmo ritrovare informazioni, relative a salute/malattia di nostri parenti, potenzialmente importanti anche per noi.

Se possiamo, evitiamo di confondere il concetto di congenito (presente alla nascita) con quello di ereditario (scritto nel patrimonio genetico, può esordire ad ogni età). Oggi sappiamo che alcune malattie congenite sono anche ereditarie, ma è importante cercare di distinguere le due condizioni. Pensando alle malattie ereditarie, si affacciano alla nostra immaginazione le forme congenite più gravi e invalidanti che abbiamo incontrato

magari da piccoli in coetanei. “Quelli, sì, dovevano avere grossi difetti!”. Facciamoci guidare dal questionario e non assegniamo noi alcuna priorità o interpretazione.

Ci può sembrare strano che se fino a ieri eravamo “sani” e oggi abbiamo un problema, questo possa essere legato a cause nostre “interne”. Pensiamo ovviamente che qualcosa di “esterno” ci abbia colpito: il virus, l'intossicazione, il freddo.

Ma oggi noi sappiamo molte più cose di quanto non sapessimo ieri, 1 anno fa, 10 o 20 anni fa. Sappiamo, per esempio, che, cercando sempre più in profondità tra le cause di malattia da un lato e tra i segnali di sé che la malattia dà dall'altro, potremmo trarre un aiuto per capire di più della malattia stessa.

Così vorremmo accompagnarla in un breve “viaggio” nei suoi ricordi, in particolare quelli che riguardano le malattie, gli aspetti strani, i segni ricorrenti nei membri della sua famiglia. Le capiterà di sentir parlare di alberi genealogici, o di veder tradurre con figure strane i suoi ricordi familiari. Gli alberi sono un po' come le nostre famiglie. Si diramano sempre di più: da un nostro antenato si sono originate chissà quante diramazioni. Come riportato in questa figura, le origini dell'albero stanno nelle sue radici, le sue stanno nei suoi “Antenati”.



Non le chiederemo di ricordare tutte queste diramazioni ma solo quelle più vicine a lei. Per procedere con ordine le indicheremo una strada da seguire.

Cominciamo con i GENITORI



	MADRE	PADRE
NOME E COGNOME	_____	_____
Nativi di	_____	_____
Stessa zona/paese?	☐ SI	☐ NO
Famiglia originaria di	_____	_____
Sono/erano tra loro parenti?	☐ SI	☐ NO
Neanche lontani cugini?	☐ SI	☐ NO
Si sono/erano sposati giovani?	☐ SI	☐ NO
A quanti anni?	Età _____ / _____	
Quanti fratelli e sorelle hanno/avevano?	Maschi _____ Femmine _____	Maschi _____ Femmine _____
Quanti figli hanno avuto?	Maschi _____ / Femmine _____	



Proseguiamo con tutta la FAMIGLIA

Per favore, compilate la scheda seguente, barrando una delle risposte e scrivendo ciò che sapete e ricordate. Se lo spazio per fratelli o sorelle non bastasse, continuare nella tabella successiva.

	MADRE	PADRE	FRATELLO	SORELLA	FIGLIO/FIGLIA
NOME E COGNOME	_____	_____	_____	_____	_____
E' VIVENTE? Età (anni)	_____	_____	_____	_____	_____
E' DECEDUTO/A? Età (anni)	_____	_____	_____	_____	_____
HA/AVEVA AVUTO GRAVIDANZE?	SI/NO			SI/NO	SI/NO
Numero	_____/NON SO			_____/NON SO	_____/NON SO
Ha avuto Aborti?	SI/NO/NON SO			SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
MENOPAUSA?	SI/NO/NONSO			SI/NO/NONSO	SI/NO/NONSO
HA/AVEVA FATTO IL SERVIZIO MILITARE?		SI/NO/NON SO	SI/NO/NONSO		SI/NO/NON SO
Causa di Esonero		_____/NON SO	_____/NON SO		_____/NON SO
E' ERA OBESO/A?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NONSO	SI/NO/NONSO	SI/NO/NONSO	SI/NO/NONSO
HA/AVEVA UN'ALTA STATURA?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
CHE TIPO di LAVORO FA/FACEVA?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
CHE ABITUDINI ALIMENTARI HA/AVEVA?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
BEVE/BEVEVA VINO in ABBONDANZA?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
O ALTRO TIPO DI ALCOLICO?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
E' ERA SEDENTARIO/A?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
FA/FACEVA ATTIVITA' FISICA?	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO
- Sport a livello agonistico?	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO
FUMA/FUMAVA?	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO
- Tanto o poco?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA QUALCHE MALATTIA?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Che tipo di malattia?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Guarigione	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA FATTO QUALCHE INTERVENTO CHIRURGICO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Che tipo	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Età dell'intervento: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Guarigione	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO

(continua)

	MADRE	PADRE	FRATELLO	SORELLA	FIGLIO/FIGLIA
HA/AVEVA AVUTO QUALCHE RICOVERO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/non so	SI/NO/non so
- Per che cosa	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Quanti	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- A che età: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
SOFFRE/SOFFRIVA di PRESSIONE ALTA?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Grado	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Terapia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Tipo di Terapia	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Sintomi (capogiri, sangue da naso, ronzii nelle orecchie, ecc.)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
SOFFRE/SOFFRIVA di DIABETE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Terapia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Tipo di Terapia	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
SOFFRE/SOFFRIVA di ALTI LIVELLI DI GRASSI NEL SANGUE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Aumento del colesterolo	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Aumento dei trigliceridi	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Età: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Terapia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Tipo di terapia	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Presenza di grumi di grasso sopra gli occhi	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA MALATTIE di CUORE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
SE SÌ, HA SENTITO PARLARE di:					
- Cardiomiopatia Dilatativa	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Cardiomiopatia Ipertrofica	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Altra Cardiomiopatia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Infarto del Miocardio	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Angina Pectoris	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Malattia Valvolare	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Scompenso Cardiaco	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Edema Polmonare Acuto	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Cardiopatia Congenita	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Aritmie Cardiache Veloci tipo Fibrillazione o Tachicardia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Aritmie Cardiache Lente tipo Blocchi	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Pacemaker	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
A che Età di insorgenza?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Da Giovane?	_____	_____	_____	_____	_____
Da Anziano?	_____	_____	_____	_____	_____
Da quanto tempo dura e quanto è durata la malattia?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Quanti episodi?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA DOLORI AL PETTO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
(facendo le scale, camminando, portando le borse della spesa, dopo il pasto, a letto, al mattino presto, ecc.)					
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Durata (anni/mesi)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
FA/FACEVA FATICA A RESPIRARE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
(da sforzo o a riposo, di notte, impossibilità a rimanere sdraiati, tanti cuscini, ecc.)					
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Durata (anni/mesi)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA IL BATTICUORE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Durata (anni/mesi)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA SVENIMENTI?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA PERDITE DI COSCIENZA?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Numero di episodi	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Durata (anni/mesi)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
E'ERA SPESSO STANCO/A?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
SI AFFATICA/AFFATICAVA FACILMENTE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Durata (anni/mesi)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA I PIEDI GONFI?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Durata (anni/mesi)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
SOFFRE/SOFFRIVA di REUMATISMO AL SANGUE e tonsilliti frequenti?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Ultimo episodio (anni)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
E'ERA COMPLETAMENTE SORDO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: nascita, da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
SENTE/SENTIVA POCO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO

(continua)

	MADRE	PADRE	FRATELLO	SORELLA	FIGLIO/FIGLIA
E'ERA CIECO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: nascita, da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA MALATTIE dei MUSCOLI?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Che Tipo di Malattia?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
E'era immobilizzato a letto?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
E'era sulla sedia a rotelle?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Ha/Aveva gli esami del sangue alterati(enzimi alti)?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA MALATTIE del FEGATO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Infettive	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Epatiti	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Infiammatorie	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA MALATTIE AUTOIMMUNI?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Artrite Reumatoide	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Sclerodermia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Lupus Eritematoso	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Altro	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA MALATTIE DELLA PELLE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Psoriasi	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Macchie sulla pelle	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
SOFFRE/SOFFRIVA di GOTTA?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA ALTI LIVELLI di ACIDO URICO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA UNA PALPEBRA PIU' BASSA DELL'ALTRA (PALPEBRE CADENTI)?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA INFEZIONI RICORRENTI?	SI/NO/NON SO SI	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA QUALCHE ALLERGIA	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
A cosa?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
NON PUO'/POTEVA MANGIARE QUALCHE ALIMENTO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Cosa?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
FA/FACEVA USO DI FARMACI?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Quali?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Se non vi ricordate il nome, per che cosa sono/erano?					
Per la pressione	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per il cuore stanco	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per il ritmo del cuore	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per il diabete	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per la depressione	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per lo stomaco	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per la testa	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per la circolazione	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Ecc.					

Se vi venisse in mente qualsiasi altra cosa non presente nell'elenco, per favore, annotatela qui:

	Altro Fratello o Sorella	Altro Fratello o Sorella	FIGLIO	FIGLIA	FIGLIO/FIGLIA
NOME E COGNOME	_____	_____	_____	_____	_____
E' VIVENTE? Età (anni)	_____	_____	_____	_____	_____
E' DECEDUTO/A? Età (anni)	_____	_____	_____	_____	_____
HA/AVEVA AVUTO GRAVIDANZE?	SI/NO	SI/NO		SI/NO	SI/NO
Numero	_____/NON SO	_____/NON SO		_____/NON SO	_____/NON SO
Ha avuto Aborti?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO		SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
MENOPAUSA?	SI/NO/NONSO	SI/NO/NONSO		SI/NO/NONSO	SI/NO/NONSO
HA/AVEVA FATTO IL SERVIZIO MILITARE?		SI/NO/NON SO	SI/NO/NONSO		SI/NO/NON SO
Causa di Esonero		_____/NON SO	_____/NON SO		_____/NON SO
E'ERA OBESO/A?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NONSO	SI/NO/NONSO	SI/NO/NONSO	SI/NO/NONSO
HA/AVEVA UN'ALTA STATURA?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
CHE TIPO di LAVORO FA/FACEVA?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
CHE ABITUDINI ALIMENTARI HA/AVEVA?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
BEVE/BEVEVA VINO in ABBONDANZA?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
O ALTRO TIPO DI ALCOLICO?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
E'ERA SEDENTARIO/A?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
FA/FACEVA ATTIVITA' FISICA?	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO
- Sport a livello agonistico?	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO
FUMA/FUMAVA?	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO	SI/NO/EX/NON SO
- Tanto o poco?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA QUALCHE MALATTIA?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Che tipo di malattia?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Guarigione	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA FATTO QUALCHE INTERVENTO CHIRURGICO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Che tipo	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Età dell'intervento: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Guarigione	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA AVUTO QUALCHE RICOVERO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/non so	SI/NO/non so
- Per che cosa	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Quanti	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- A che età: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO

(continua)

	Altro Fratello o Sorella	Altro Fratello o Sorella	FIGLIO	FIGLIA	FIGLIO/FIGLIA
SOFFRE/SOFRIVA di PRESSIONE ALTA?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Grado	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Terapia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Tipo di Terapia	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Sintomi (capogiri, sangue da naso, ronzii nelle orecchie, ecc.)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
SOFFRE/SOFRIVA di DIABETE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Terapia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Tipo di Terapia	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
SOFFRE/SOFRIVA di ALTI LIVELLI DI GRASSI NEL SANGUE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Aumento del colesterolo	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Aumento dei trigliceridi	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Età: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Terapia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Tipo di terapia	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
- Presenza di grumi di grasso sopra gli occhi	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA MALATTIE di CUORE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
SE SI, HA SENTITO PARLARE di:					
- Cardiomiopatia Dilatativa	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Cardiomiopatia Ipertrofica	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Altra Cardiomiopatia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Infarto del Miocardio	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Angina Pectoris	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Malattia Valvolare	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Scompenso Cardiaco	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Edema Polmonare Acuto	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Cardiopatia Congenita	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Aritmie Cardiache Veloci tipo Fibrillazione o Tachicardia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Aritmie Cardiache Lente tipo Blocchi	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
- Pacemaker	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
A che Età di insorgenza?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Da Giovane?	_____	_____	_____	_____	_____
Da Anziano?	_____	_____	_____	_____	_____
Da quanto tempo dura e quanto è durata la malattia?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Quanti episodi?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA DOLORI AL PETTO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
(facendo le scale, camminando, portando le borse della spesa, dopo il pasto, a letto, al mattino presto, ecc.)					
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Durata (anni/mesi)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
FA/FACEVA FATICA A RESPIRARE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
(da sforzo o a riposo, di notte, impossibilità a rimanere sdraiati, tanti cuscini, ecc.)					
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Durata (anni/mesi)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA IL BATTICUORE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Durata (anni/mesi)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA SVENIMENTI?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA PERDITE DI COSCIENZA?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Numero di episodi	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Durata (anni/mesi)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
E'ERA SPESSO STANCO/A?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
SI AFFATICA/AFFATICAVA FACILMENTE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Durata (anni/mesi)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA I PIEDI GONFI?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Durata (anni/mesi)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
SOFFRE/SOFRIVA di REUMATISMO AL SANGUE e tonsilliti frequenti?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Ultimo episodio (anni)	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
E'ERA COMPLETAMENTE SORDO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: nascita, da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
SENTE/SENTIVA POCO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
E'ERA CIECO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Età di insorgenza: nascita, da giovane o da anziano?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO

(continua)

	Altro Fratello o Sorella	Altro Fratello o Sorella	FIGLIO	FIGLIA	FIGLIO/FIGLIA
HA/AVEVA MALATTIE dei MUSCOLI?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Che Tipo di Malattia?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
E'era immobilizzato a letto?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
E'era sulla sedia a rotelle?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Ha/Aveva gli esami del sangue alterati(enzimi alti)?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA MALATTIE del FEGATO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Infettive	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Epatiti	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Infiammatorie	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA MALATTIE AUTOIMMUNI?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Artrite Reumatoide	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Sclerodermia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Lupus Eritematoso	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Altro	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
HA/AVEVA MALATTIE DELLA PELLE?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Psoriasi	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Macchie sulla pelle	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
SOFFRE/SOFFRIVA di GOTTA?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA ALTI LIVELLI di ACIDO URICO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA UNA PALPEBRA PIU' BASSA DELL'ALTRA (PALPEBRE CADENTI)?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA INFEZIONI RICORRENTI?	SI/NO/NON SO SI	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
HA/AVEVA QUALCHE ALLERGIA	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
A cosa?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
NON PUO'/POTEVA MANGIARE QUALCHE ALIMENTO?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Cosa?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
FA/FACEVA USO DI FARMACI?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Quali?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Se non vi ricordate il nome, per che cosa sono/erano?					
Per la pressione	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per il cuore stanco	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per il ritmo del cuore	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per il diabete	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per la depressione	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per lo stomaco	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per la testa	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Per la circolazione	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Ecc.					

Se vi venisse in mente qualsiasi altra cosa non presente nell'elenco, per favore, annotatela qui:

Per i familiari che sono DECEDUTI, indicare inoltre:

	MADRE	PADRE	FRATELLO	SORELLA	Altro Fratello o Sorella
Anno del decesso	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
Causa di morte a Lei nota	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
E' morto/a a casa/per la strada?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
E' morto/a in Ospedale?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
E' stata fatta l'autopsia?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
E' morto/a di colpo in pieno benessere?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
E' morto/a di colpo durante un periodo di malattia	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Che cosa stava facendo?	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO	_____/NON SO
La morte è stata preceduta da:					
Dolore toracico?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Mancanza di fiato?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Si è portato/a la mano al petto?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
O alla testa?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
O alla gola?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
O alla schiena?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
All'addome?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Ha lanciato un grido o un lamento?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
La morte è avvenuta a riposo?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
O durante sforzo?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
O durante un'emozione?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
O durante uno stress?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
O dopo il pasto?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
O dopo una bevuta?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Al freddo?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO
Al caldo?	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO	SI/NO/NON SO

Sarebbe di grande aiuto per noi la possibilità di consultare la documentazione medica recuperabile di ognuno, anche se vecchia e sciupata.

NOTE

Proseguiamo con GLI ANTENATI

NONNI, ZII, CUGINI MATERNI E PATERNI

VIVENTI O DECEDUTI?

QUANTI ANNI HANNO?

A QUANTI ANNI SONO DECEDUTI?

DOVE ABITANO/ABITAVANO?

HANNO/AVEVANO QUALCHE MALATTIA?

C'E' O C'ERA QUALCHE MALATO DI CUORE?

DI CHE COSA SONO MORTI?

IN CHE MODO SONO MORTI: IMPROVVISAMENTE?

E' STATA FATTA L'AUTOPSIA?

ALTRO

Riassunto

Questa terza parte della trattazione dedicata all'anamnesi familiare vuole rappresentare una proposta di scheda-guida, di questionario, una sorta di percorso guidato, per l'analisi della storia di salute/malattia della famiglia da consegnare al paziente o quando accede all'ambulatorio ed attende il proprio turno o quando entra in reparto e aspetta di essere visto-intervistato-visitato dal cardiologo. Questo potrebbe essere un modo di ottenere informazioni relative alla famiglia un po' più semplice e un po' più rapido almeno per il medico, che potrà quindi intervenire in un tempo successivo in maniera più mirata. D'altro canto, il paziente avrà avuto in questo modo un po' di tempo per riflettere e ricordare gli eventi, avrà avuto magari la possibilità di confrontarsi con altri familiari che lo accompagnano, senza la pressione o l'ansia, a volte inevitabili, al primo approccio con il cardiologo.

Parole chiave: Albero genealogico; Anamnesi familiare; Cardiopatie.