

## Qpre Storia Clinica

### Completi il seguente questionario medico:

Queste informazioni sono molto utili per determinare il piano terapeutico più adatto e personalizzato.

La prego di compilarlo con attenzione.

### Stile di vita:

Sportivo (attività > 2/settimana)      Sedentario

appunti:

Esposizione al sole frequente:      No      Si      dermatoprotezione

appunti:

Alimentazione:      vegana/vegetariana      dieta      eccessiva

appunti:

Riposo:      buono      scarsa qualità del sonno

appunti:

Esposizione al VDT:      < 4 ore      > 4 ore      astenopia

appunti:

Lenti:      Lenti anti luce-blu      Lenti scure      Occhiali PL      Occhiali PV  
             Lenti progressive      LAC

appunti:

Cosmesi; prodotti utilizzati:

### Anamnesi:

Se donna:      È incinta?      Allatta al seno?      È in menopausa?

Terapia sostitutiva

Ha mai avuto crisi allergiche/anafilassi?      No      Si

Descriva:

Soffre di qualche forma di allergia, in particolare all'acido ialuronico, ad anestetici locali di tipo ammidico o alla Lidocaina?      No      Si

Quale?

Tende a sviluppare cicatrici ipertrofiche?      No      Si

Dove?

## Malattie:

Ha mai sofferto di patologie autoimmuni o di patologie che interessano il sistema immunitario?      No      Sì

Presenta infezioni cutanee o problemi infiammatori (herpes, acne, ecc.)?  
No      Sì

Soffre di artrite reumatoide o di mal di gola ricorrenti?      No      Sì

Soffre di epilessia non trattata?      No      Sì

Soffre di porfiria?      No      Sì

Soffre di difetti di conduzione cardiaca?      No      Sì

Quali?

## Farmaci:

Attualmente sta eseguendo qualche trattamento medico?      No      Sì

Quale?

Sta assumendo steroidi, aspirina o anticoagulanti (warfarin, ecc.)?      No      Sì

Quali?

## Trattamenti estetici:

In passato, si è sottoposta a trattamenti estetici (per es. laser, peeling, dermoabrasione, ecc.)?      No      Sì

Quali?

Si è mai sottoposta a trattamenti con filler dermici, filler dermici riassorbibili, filler dermici semi-permanenti o tossina botulinica?      No      Sì

Quali?

Quali aree sono state trattate e quando?

Data:

Nome del paziente:

Firma del Paziente