



INIZIALI DEL PAZIENTE: _____ GENERE M F DATA DI NASCITA _____

CENTRO DI PROVENIENZA: _____ GENETICA : DELEZIONE/MICRODELEZIONE, UPD, ALTRO

INIZIALI CONTROLLO*: _____ GENERE M F DATA DI NASCITA _____

* FRATELLO O SORELLA PIÙ VICINO D'ETÀ (SE NESSUN COLLATERALE LASCIARE IN BIANCO)

NB: Le informazioni richieste si riferiscono unicamente ai primi tre anni di vita (studio anamnestico) oppure ai prossimi dodici mesi (studio prospettico).

	Paziente	Controllo
N° INFEZIONI GRAVI, OVVERO CHE HANNO RICHiesto TERAPIA ANTIBIOTICA PER VIA PARENTERALE CON RICOVERO OSPEDALIERO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> >1 <input type="checkbox"/> in media 1 volta/anno <input type="checkbox"/> in media >1 volta/anno	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> >1 <input type="checkbox"/> in media 1 volta/anno <input type="checkbox"/> in media >1 volta/anno
N° INFEZIONI MEDIO-LIEVI CHE HANNO RICHiesto TERAPIA ANTIBIOTICA PER OS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> >1 <input type="checkbox"/> in media 1 volta/anno <input type="checkbox"/> in media >1 volta/anno	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> >1 <input type="checkbox"/> in media 1 volta/anno <input type="checkbox"/> in media >1 volta/anno
SEDI (SEGNALARNE ANCHE PIÙ DI UNA)	<input type="checkbox"/> SISTEMICHE (SEPSI/MENINGITE) <input type="checkbox"/> ALTE VIE RESP./ORECCHIO/SENI PARAN. <input type="checkbox"/> BASSE VIE RESPIRATORIE <input type="checkbox"/> GASTRO-INTESTINALI <input type="checkbox"/> RENALI <input type="checkbox"/> OSSEE <input type="checkbox"/> CUTANEE <input type="checkbox"/> CAVO ORALE/DENTI	<input type="checkbox"/> SISTEMICHE (SEPSI/MENINGITE) <input type="checkbox"/> ALTE VIE RESP./ORECCHIO/SENI PARAN. <input type="checkbox"/> BASSE VIE RESPIRATORIE <input type="checkbox"/> GASTRO-INTESTINALI <input type="checkbox"/> RENALI <input type="checkbox"/> OSSEE <input type="checkbox"/> CUTANEE <input type="checkbox"/> CAVO ORALE/DENTI
ALLERGIE RESPIRATORIE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SE SI ALLERGIE RESPIRATORIE	<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> RINITE <input type="checkbox"/> CONGIUNTIVITE	<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> RINITE <input type="checkbox"/> CONGIUNTIVITE
INTERVENTI	<input type="checkbox"/> ADENOIDECTOMIA/TONSILLECTOMIA <input type="checkbox"/> APPENDICECTOMIA <input type="checkbox"/> ALTRO	<input type="checkbox"/> ADENOIDECTOMIA/TONSILLECTOMIA <input type="checkbox"/> APPENDICECTOMIA <input type="checkbox"/> ALTRO

INVIARE LE SCHEDE PER FAX AL N° 02700568304 O VIA MAIL A alessandro.salvatoni@uninsubria.it