

## Questionario - Affezione tiroidea

### Cliente

Cognome   
Strada   
Sesso   
Data di nascita   
Numero del cliente

Nome   
NPA / Località   
Tel.   
eMail   
N. della proposta

Le informazioni raccolte per mezzo di questo documento saranno trattate con la massima confidenzialità e sono soggette alle regole deontologiche sul rispetto del segreto professionale.

Se richiesto, la preghiamo di selezionare le caselle pertinenti e di aggiungere un commento o indicare la data in corrispondenza delle risposte affermative. **Non è necessario convocare il paziente.**

Altezza:  cm peso:  kg data:

Pressione arteriosa:  mmHg sistolica /  mmHg diastolica data:

Tabagismo:  no  sì Se sì, di che tipo?  Quantità giornaliera?  E-sigarette:  no  sì  
Ex fumatore:  no  sì Da quando?

### Diagnosi:

Data della diagnosi:  Data dell'ultima consultazione:   
 Ipertiroidismo  
 Morbo di Basedow:  dimensione stabile da:   
 Nodulo solitario:  dimensione stabile da:   
 iperfunzionale (caldo)  iperfunzionale o normale (freddo)  
 Tiroidite di Hashimoto  altre tiroidite:   
 Ipotiroidismo  
 Eutiroidismo  
 Gozzo:  tossico  non tossico  multinodulare  
 Tumore, di che tipo:  Stadio TNM:

Altro:

### Presenza di:

fibrillazione atriale  
 segni di insufficienza cardiaca  
 segni fisici persistenti di cretinismo  
 malattia oftalmica di origine tiroidea

Altro:

### Trattamento medicinale:

Quale:  da:

Compliance al trattamento:  Buona  Cattiva  
interruzione da:   
motivi:

**Trattamento chirurgico:**     no     sì

Data:

Quale:

Postumi:

## Esami eseguiti nel corso degli ultimi 12 mesi:

test di funzionalità tiroidea

Esito:  normali

Data:

anormali, valori

T3:

T4:

TSH:

ECG a riposo

Esito:  normale

anormale

Data:

Ergometria

Esito:  normale

anormale

Data:

Valori lipidici

Iperlipidemia:  no

sì

Data:

Colesterolo totale:  mmol/l

Colesterolo HDL:  mmol/l

Trigliceridi:  mmol/l

Quali trattamenti:

Da quando:

Altro:

Quali:

Esiti:

## Altri commenti:

**La preghiamo di allegare una copia degli esami speciali eventualmente effettuati e i risultati e valori di riferimento per ogni referto di laboratorio.**

Medico

Telefono

Fax

eMail

Data

### Invio elettronico

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati al servizio medico della mobiliare.