

Anamnesi cicatriziale di

Data * *

segnate l'asterisco interessato

Adenoidectomia *	Fratture *
Appendicectomia *	Impianti dentali *
Artroscopia *	Interruzione di gravidanza *
Biopsia *	Interventi estetici *
Cesareo *	Laparoscopia *
Cheloidi *	Morsi di animali *
Colecistectomia *	Ombelico \$*
Corpi estranei ritenuti *	Piercing *
Drenaggi *	Punture di insetti *
Episiotomia (lacerazione da parto) *	Radioterapia *
Esiti ascessuali *	Tatuaggi *
Estrazioni dentali *	Tonsillectomia *
Exeresi cutanee *	Traumi *
Ferite / tagli *	Ustioni / scottature *
Fistole *	Vaccinazioni (vaiolo) *
	Varicella *

Per cortesia compilate anche il retro

Traumi importanti

- abuso in infanzia *
- aggressione fisica o sessuale *
- catastrofi *
- guerra /combattimento *
- incidenti *
- morte di un amato *
- allontanamento temporaneo
o improvviso di un amato *
- perdita finanziaria *
- prigionia / tortura *
- rapina / furto *

Eventi medico sanitari

- chirurgia *
- consapevolezza durante *
- diagnosi "brutale " *
- diagnosi errata *
- procedure odontoiatriche *
- traumi fetali o neonatali *

Campo sensoriale

- ambiente pauroso *
- freddo *
- odori strani *
- nudità *
- paura della morte *
- sconosciuti mascherati *

Altro _____

Firma leggibile del Paziente o dei
Legali Rappresentanti