

ANAMNESI PERSONALE E FAMILIARE (Preconcezionale / Prenatale)

1) **Partner femminile:** Cognome Nome

Data di nascita Professione:

2) **Partner maschile:** Cognome Nome

Data di nascita Professione:

Lei:

È in gravidanza? NO Sì UM Ginecologo:

Concepimento: Naturale Fecondazione in vitro Ovodonazione

Ha già altri figli? Sì NO

Se sì, quanti e qual è la loro età (riportare le date di nascita):

1) 2) 3)

4) 5)

Ha avuto precedenti gravidanze esitate in aborto spontaneo/gravidanza extrauterina?

NO Sì Quante?

Età alla prima mestruazione:

Lui:

Ha mai avuto diagnosi di:

- varicocele? NO Sì

- criptorchidismo? NO Sì

Lei e suo marito/compagno:

- siete consanguinei? NO Sì (specificare grado e ramo di parentela)

.....

- assumete regolarmente farmaci? NO Sì (specificare quali)

.....

- avete malattie / problemi di salute*? NO Sì (specificare quali e centro di riferimento

per le terapie)

***Malattie croniche che richiedono attenta valutazione prima e durante la gravidanza**

- Ipertensione arteriosa
- Diabete mellito
- Epilessia
- Malattie cardiovascolari
- Malattie della tiroide e del sistema endocrino
- Malattie tumorali
- Lupus eritematoso sistemico o altre malattie autoimmuni
- Malattie trombofiliche e del sistema coagulatorio
- Nevrosi ansiose, depressive o altri disturbi neurocomportamentali
- Malattie neurologiche

Tra i familiari suoi e di suo marito/compagno (precedenti figli, genitori, fratelli o sorelle, nipoti, zii, cugini, nonni) ci sono casi di [in caso di risposta affermativa specificare chi]:

- Malformazioni congenite (cardiache, renali, spina bifida, piedi torti, altro)

NO SÌ

- Disabilità intellettiva

NO SÌ

- Difficoltà motorie presenti dalla nascita / persone in sedia a rotelle

NO SÌ

- Sordità / cecità dalla nascita

NO SÌ

- Talassemia (anemia mediterranea)

NO SÌ

- Fibrosi cistica

NO SÌ

- Distrofia muscolare

NO SÌ

- Aborti multipli o morti in utero

NO SÌ

- Bambini deceduti in età infantile

NO SÌ

- Altre malattie genetiche (specificare quali)

NO SÌ

- Tumori:

NO SÌ (specificare familiare, sede del tumore ed età alla diagnosi)

.....

Avete eseguito in precedenza:

- Consulenze genetiche NO SÌ
- Test genetici (esempio test per fibrosi cistica o screening per talassemia)
NO SÌ Quali?

Abitudini e stili di vita

Peso forma:

	Partner femminile	Partner maschile
Pratica attività sportiva?	<input type="checkbox"/> Regolarmente <input type="checkbox"/> Saltuariamente <input type="checkbox"/> NO (vita sedentaria)	<input type="checkbox"/> Regolarmente <input type="checkbox"/> Saltuariamente <input type="checkbox"/> NO (vita sedentaria)
Peso (kg)		
Altezza (m)		
BMI*		

*peso in kg / (statura in metri * statura in metri)

Fumo:

	Partner femminile	Partner maschile
<input type="checkbox"/> Attualmente fumo (n° sigarette/die_____)	<input type="checkbox"/> Attualmente fumo (n° sigarette/die_____)	<input type="checkbox"/> Attualmente fumo (n° sigarette/die_____)
<input type="checkbox"/> Ex-fumatore (n° sigarette/die_____)	<input type="checkbox"/> Ex-fumatore (n° sigarette/die_____)	<input type="checkbox"/> Ex-fumatore (n° sigarette/die_____)
<input type="checkbox"/> Non ho mai fumato	<input type="checkbox"/> Non ho mai fumato	<input type="checkbox"/> Non ho mai fumato

Consumo di alcolici:

	Partner femminile	Partner maschile
Beve alcolici ? (birra, vino, superalcolici)	<input type="checkbox"/> Sì (n° bicchieri/die_____)	<input type="checkbox"/> Sì (n° bicchieri/die_____)
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No