

Nome e cognome

Data e luogo di nascita

Indirizzo

Telefono

E-mail

Fax

Medico curante (nome e recapito)

Affidato a: Nome e Ospedale

Ti ringrazio di prenderti il carico il sig/la sig.ra

Diagnosi

Screening

Test del sudore

Genotipo

Funzionalità pancreatica sufficiente insufficiente

Ileo da meconio

Parenti con FC

Apparato Respiratorio

Pseudomonas

Colonizzazione

Età

Altri organismi

ABPA

Riacutizzazioni respiratorie

Ricoveri

Terapia antibiotica ev

Antibiotici inalatori

_____ / anno

_____ / anno

_____ / anno

_____ / anno

Alte vie respiratorie

Sinusite Polipi nasali

Valutazione per trapianto di polmone

Apparato gastrointestinale

Coinvolgimento epatico

Ipertensione portale

DIOS

Valutazione per trapianto di fegato

Nutrizione

Peso Percentile Altezza Percentile

Ritardo di crescita Supplementazione nutrizionale Orale Gastrostomia

Attività fisica

Regolare Discontinua Nessuna

Sistema endocrino

Osteopenia Osteoporosi Diabete CF relato

Pubertà ritardata Fertilità

Coinvolgimento di altri apparati

Artrite Osteoartropatia ipertrofica

Altri problemi medici rilevanti

Anamnesi Psicosociale

Nucleo familiare

Scolarità Accettazione malattia

Aderenza al trattamento Capacità autogestione

Visita

Esame obiettivo (vedi check annuale allegato)

Esami eseguiti (vedi referti allegati) Prelievi RX TC PFR

Terapie

Fisioterapia

Terapia inalatoria Antibiotici Broncodilatatori Pulmozyme Altri

Steroidi Inalatori Orali

Gastrointestinali Enzimi pancreatici Terapia gastrointestinale

Valutazione complessiva

Schwachman Score

Self-Management Score