



Società Italiana
di Andrologia

SCHEDA PAZIENTE

N°

DEL.....

COGNOME.....NOME.....

ETA'.....INVIATO DAL DOTT.....

ANAMNESI FISIOLOGICA.....

FUMO.....FARMACI.....

.....ALCOOL.....

ANAMNESI REMOTA.....

ANAMNESI PROSSIMA.....

ESAME OBIETTIVO

COLLO.....

TORACE.....

ADDOME.....

GENITALI ESTERNI.....

REGIONE INGUINALE.....

ESPLORAZIONE RETTALE/VAGINALE.....

SEGRETERIA

Via Luigi Bellotti Bon, 10

00197 Roma

Tel. e Fax 06 80691301

E-mail: sia@andrologiaitaliana.it

www.andrologiaitaliana.it



Società Italiana
di Andrologia

ESAMI ESEGUITI.....
.....
.....
.....

SI RICHIEDE.....
.....
.....

TERAPIA.....
.....
.....

CONTROLLO DEL.....
.....
.....

CONTROLLO DEL
.....
.....

CONTROLLO DEL.....
.....
.....

CONTROLLO DEL.....
.....
.....

SEGRETERIA

Via Luigi Bellotti Bon, 10

00197 Roma

Tel. e Fax 06 80691301

E-mail: sia@andrologiaitaliana.it

www.andrologiaitaliana.it