

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**