



# FOP ITALIA

## *SCHEDA D'ACCOMPAGNAMENTO DEI PRELIEVI DI SANGUE*

**Paziente**

**Sesso**

**Data di Nascita**

**Familiarità per FOP**

**Albero genealogico**

**Età della prima manifestazione clinica**

**Età di diagnosi**

**Terapie effettuate**

**Situazione clinica attuale:**

Calcificazioni eterotopiche di collo, dorso, cranio

Altre calcificazioni (specificare sede)

Limitazione articolare a livello degli arti superiori (specificare)

Limitazioni articolari agli arti inferiori (specificare)

Alimentazione spontanea

Deambulazione autonoma

**Eventuali altre malattie associate**

**Firma del MEDICO (di famiglia o chi segue attualmente il malato)**