

SCHEDA ANAMNESTICA PREOPERATORIA

COGNOME _____ NOME _____
 COMUNE _____ Prov _____ Indirizzo _____
 Tel. Casa _____ Cell. _____

Intervento programmato _____

Data prevista dell'intervento ____ / ____ / ____

QUESTIONARIO

Da compilare a cura del/della paziente, prima del colloquio informativo con il medico.
 Barrare le risposte Si/No, sottolineare le voci interessanti o completare ove richiesto.

Età anni: _____ Sesso: F M Peso kg: _____ Altezza cm _____

Professione esercitata: _____

1. Si è recentemente sottoposto a **cure mediche**?SI NO
 Per quale motivo? _____
 2. Soffre attualmente di **raffreddore**?SI NO
 3. Ha avuto **diarrea e/o vomito** nelle ultime quattro settimane?SI NO
 4. È attualmente presente qualche **infezione**?SI NO
 5. Ha assunto **farmaci nelle ultime settimane**?SI NO
 6. Anticoagulanti (per es.: Aspirina o altri farmaci con acido acetilsalicilico, Coumadin, Sintrom), antidolorifici-antiinfiammatori, antidepressivi, lassativi, anticoncezionali, altri farmaci: _____
 7. Ha già subito **altri interventi chirurgici**?SI NO
 (Indicare il tipo e l'anno dell'intervento) _____
 8. Ha sofferto **disturbi dopo una anestesia generale, regionale o locale**?SI NO
 Quali? _____
 9. Ha già subito **trasfusioni di sangue** o di componenti del sangue?SI NO
 10. Se sì, quando? _____
 11. Si sono verificate complicazioni?SI NO
 12. **(Per le pazienti):** vi è la possibilità che sia **attualmente in gravidanza**?SI NO
Soffre o ha sofferto in passato le seguenti malattie?
 13. **Apparato cardiocircolatorio:** aritmie, malformazioni cardiache, ipertensione, ipotensione, infiammazione del miocardio, angina pectoris, infarto miocardico, stenosi aorticaSI NO
 14. **Sistema vascolare:** varici, trombosi, disturbi della circolazioneSI NO
 15. **Apparato respiratorio:** bronchite cronica, asma, enfisema polmonare, polmonite, tubercolosi, apnea notturnaSI NO
 16. **Fegato:** ittero, cirrosi epatica, steatosi epatica, calcoli biliari, epatite viraleSI NO
 17. **Reni:** nefrite, calcoli renali, elevati valori di creatinina, necessità di dialisiSI NO
 18. **Apparato digerente:** ulcera, stenosi, disturbi della digestioneSI NO
 19. **Metabolismo:** diabete, gottaSI NO
 20. **Tiroide:** ipotiroidismo, ipertiroidismo, gozzoSI NO
 21. **Apparato scheletrico:** malattie articolari, sindrome spalla-mano, discopatie vertebrali, malformazioni della colonna cervicaleSI NO
 22. **Sistema nervoso/Psiche:** epilessia, paralisi, depressioneSI NO
 23. **Occhi:** lenti a contatto, cataratta, glaucomaSI NO
 24. **Sangue:** coagulopatie (anche nei consanguinei), frequente sanguinamento dal naso, lividi spontanei o da lieve pressione, emorragia dopo intervento chirurgicoSI NO
 25. **Muscolatura:** malattie muscolari, debolezza muscolare (anche nei consanguinei)
 26. **Allergie:** a sostanze naturali (per es. pollini, polvere, ecc.), ad alimenti, sostanze chimiche, farmaci, cerotti, guanti di gomma, latticeSI NO
 27. **Altre malattie, handicap o invalidità**SI NO
 Se sì quali: _____
 28. **Denti mobili o carie:**SI NO
Stato dentale e presenza di protesi (compilazione da parte del medico) _____
 29. **Sordità? Apparecchio acustico?**
 30. **Fuma?**SI NO
 Se sì indicare cosa e quanto al giorno _____
 31. **Beve alcoolici?**SI NO
 Se sì, quali ed in quale quantità _____
 32. Assume frequentemente **sonniferi, calmanti (sedativi)** ...SI NO
 Se sì, quali ed in quale dose _____
 33. Fa o ha fatto **uso di droghe**?SI NO
 Se sì quali _____
 34. Oltre a quelle citate, presenta altre malattie o problemi di salute?SI NO
 Se sì, quali _____
- Firma

QUESITI ADDIZIONALI SOLO PER CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN REGIME DI DAY SURGERY

- A. Domicilio nelle prime 24 ore dopo l'intervento: _____ tel. _____
 - B. Nelle prime 24 ore è garantita un'assistenza continuaSI NO
 Se sì, da chi: Cognome, Nome: _____ Età: _____
 - C. Tale domicilio è raggiungibile in 30 minuti o da un Medico dell'Equipe Chirurgica che ha eseguito l'intervento o dal Medico di Famiglia?SI NO
 - D. Dispone di un accompagnatore con auto o può disporre rapidamente di un taxiSI NO
 - E. Indirizzo e recapito telefonico del Medico di Famiglia o del Medico referente: Cognome, Nome _____
 Indirizzo _____
 Comune _____ Prov. _____ tel. _____
- Firma