

La compilazione del seguente questionario è molto utile affinché il Medico Anestesista possa effettuare una corretta valutazione. Chieda aiuto al personale infermieristico, se desidera.

Non si preoccupi se non è sicuro di qualche risposta, l'Anestesista lo riguarderà e ne discuterà con Lei.

<b>COGNOME:</b>		<b>NOME</b>
Età (anni)	Peso Kg.	Altezza cm.
<b>Intervento programmato o procedura diagnostica-terapeutica programmato/a:</b>		

**Adesso Le chiediamo alcune notizie che non riguardano direttamente Lei o il paziente ma i genitori o fratelli o nonni.**

Qualcuno dei suoi familiari ha mai avuto uno o più dei seguenti sintomi o episodi?		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tendenza al sanguinamento</b> (prolungato sanguinamento dopo un'estrazione dentaria, dopo un trauma modesto o dopo un piccolo intervento chirurgico). Se sì, quali familiari? _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Malattie muscolari</b> (distrofia muscolare, distrofia miotonica, miotonia congenita, ecc.). Se sì, quali familiari? _____</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Reazioni insolite durante o dopo una anestesia generale</b> (febbre elevata, risveglio ritardato o altro). Se sì, quali familiari? _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Diabete.</b> Se sì, quali familiari? _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Malattie cardiovascolari</b> (infarti, ictus, ipertensione, arteriopatie arti inferiori). Se sì, quali familiari? _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No

## NOTIZIE SULLO STATO DI SALUTE DEL PAZIENTE

(STORIA SANITARIA)

<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha mai sofferto di allergia/intolleranza? Se sì, specificare: _____</li> </ul>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <b>FARMACI</b> _____	<input type="checkbox"/> <b>LATTICE</b>  <input type="checkbox"/> <b>RESPIRATORIE</b>  <input type="checkbox"/> Latte e prodotti derivati (compreso il lattosio) <input type="checkbox"/> Frutta a guscio e prodotti derivati <input type="checkbox"/> Sedano e prodotti derivati <input type="checkbox"/> Pesci e prodotti derivati <input type="checkbox"/> Senape e prodotti derivati <input type="checkbox"/> Semi di sesamo e prodotti derivati	<input type="checkbox"/> <b>AI METALLI</b> _____
<input type="checkbox"/> <b>ALIMENTARI</b> <input type="checkbox"/> Cereali contenenti glutine (grano, orzo, segale, avena, kamut, farro o loro ceppi ibridati) <input type="checkbox"/> Crostacei e prodotti derivati <input type="checkbox"/> Uova e prodotti derivati <input type="checkbox"/> Arachidi e prodotti derivati <input type="checkbox"/> Soia e prodotti derivati  <input type="checkbox"/> Nichel		<input type="checkbox"/> Lupini e prodotti derivati <input type="checkbox"/> Molluschi e prodotti derivati <input type="checkbox"/> Anidride solforosa e solfiti in concentrazioni superiori a 10 mg/kg o 10 ml/L (es. vino, frutta disidratata, hamburger) espressi come SO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____

<input type="checkbox"/> Cromo Cobalto		
• Ha difficoltà ad aprire la bocca?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Ha denti instabili?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Ha difficoltà a muovere bene il collo?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Riesce a salire 1 piano (2 rampe) di scale senza fermarsi o stancarsi? Se no per: <input type="checkbox"/> dolore al petto <input type="checkbox"/> mancanza di fiato <input type="checkbox"/> problemi muscolari delle gambe <input type="checkbox"/> problemi ortopedici <input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• C'è la possibilità anche minima che Lei sia in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Beve vino e/o alcolici? Se sì, quanto:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• È attualmente fumatore? Se sì, indicare cosa e quanto al giorno: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• È un ex fumatore? Se sì, da quanti anni ha smesso? _____		
• Fa uso di stupefacenti o altre droghe? Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Ha una protesi dentaria? Fissa <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> No Mobile <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Ha protesi acustiche o lenti a contatto? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Assume spesso sonniferi, calmanti (sedativi)? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Ha già subito altri interventi chirurgici? Indicare il tipo e l'anno di intervento:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• È mai stato sottoposto ad anestesia? Se sì a quale anestesia è stato sottoposto? <input type="checkbox"/> Generale/Sedazione <input type="checkbox"/> Spinale/Peridurale <input type="checkbox"/> Plessica <input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Ha già subito trasfusioni di sangue o di componenti del sangue?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Si sono verificate complicazioni? Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Soffre attualmente di sintomi respiratori (tosse, catarro)? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Ha avuto diarrea e/o vomito nelle ultime 4 settimane? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• È attualmente presente qualche infezione? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Si è recentemente sottoposto a cure mediche? Se sì, per quale motivo? _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Assume abitualmente farmaci? Se sì, quali:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• Ha fatto recentemente esami del sangue, ECG, esami radiologici? Se sì, quali e in che data:	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
Hai mai sofferto di (se si indicare anche quando):		
• <b>Malattie Cardiache</b> (malformazioni, aritmie, angina, infarto, cardiomiopatie dilatative, ecc.)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No

Se sì, quali: _____		
• <b>Iperensione arteriosa:</b> se sì, da quanti anni: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Varici o flebiti</b> (malattie delle vene): _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Vasculiti</b> (malattie delle arterie): _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Embolia polmonare:</b> _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Malattie respiratorie</b> (es. asma, enfisema, bronchiti ricorrenti, tubercolosi, ecc.) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Malattie gastrointestinali</b> (es. reflusso gastro-esofageo, ernia iatale, gastrite, ulcera, colite, ecc.) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Malattie del fegato</b> (es. epatiti, cirrosi, ecc.) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Malattie delle vie urinarie</b> (malformazioni, nefriti, infezioni, calcolosi, insufficienza renale, dialisi, ecc.) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Diabete mellito:</b> se sì, da quanti anni: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Altre malattie metaboliche e/o ormonali</b> (es. iper/ipotiroidismo, feocromocitoma, insufficienza surrenalica, ecc.) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Malattie del sangue</b> (es. anemia falciforme, talassemia, favismo, linfoma, leucemia, ecc.) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Malattie della coagulazione</b> (es. piastrinopenia, emofilia, sanguinamenti prolungati in seguito a piccoli traumi, estrazioni dentarie o interventi chirurgici, emorragie dal naso, ecc.) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Malattie muscolari</b> (es. distrofia muscolare, miastenia, ecc.) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Malattie dell'apparato scheletrico e articolare</b> (es. artrosi, ridotto movimento delle articolazioni, ecc.) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Malattie neurologiche</b> (es. convulsioni, perdite di coscienza, paralisi, emorragia cerebrale, ischemia cerebrale, ictus, Parkinson, emicrania, ecc.) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Malattie psichiche</b> (es. depressione, stati d'ansia, ecc.) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Sindrome da depressione immunitaria acquisita (HIV, AIDS,)</b> Se sì, da quanto tempo e dove è seguito: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Malattie reumatiche e/o autoimmuni</b> (es. Lupus, artrite reumatoide, ecc.) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
• <b>Malattie oculari</b> (es. Glaucoma) Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No

<p>• <b>Altre malattie non elencate:</b> se sì, quali:</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Data: \_\_\_\_\_

Firma Paziente: \_\_\_\_\_

Firma Medico  
Anestesista: \_\_\_\_\_