

Questionario Anestesiologico

Gent.le, Sig.ra, Egr. Sig. per poter fare una corretta valutazione delle sue condizioni di salute, le chiediamo di compilare il seguente questionario.

Sono informazioni che riguardano la Sua salute e che aiuteranno medici e infermieri ad erogare le prestazioni sanitarie più adatte a Lei.

Se ha qualche dubbio sulle domande chieda supporto al personale infermieristico, ma non si preoccupi se non è sicuro di qualche risposta, l'Anestesista, nel corso della visita, lo rileggerà e completerà con lei.

COGNOME:		NOME	
Età (anni)	Peso Kg.	Altezza cm.	
A quale intervento deve essere sottoposto?			

NOTIZIE SULLE MALATTIE DEI FAMIGLIARI

Qualcuno dei suoi familiari (genitori, fratelli, nonni, ..) ha mai avuto uno o più dei seguenti problemi?		
Tendenza al sanguinamento , ad esempio un prolungato sanguinamento dopo un'estrazione dentaria, una piccola ferita o un piccolo intervento chirurgico Se sì, quali familiari? _____	Sì	No
Malattie muscolari come: distrofia muscolare, distrofia miotonica, miotonia congenita, Se sì, quali familiari? _____	Sì	No
Reazioni durante o dopo una anestesia generale come febbre elevata, risveglio ritardato o altro Se sì, quali familiari? _____	Sì	No
Diabete Se sì, quali familiari? _____	Sì	No
Malattie cardiovascolari (infarto, ictus, ipertensione, arteriopatie arti inferiori). Se sì, quali familiari? _____	Sì	No

NOTIZIE SULLO STATO DI SALUTE DEL PAZIENTE

HA ALLERGIE O INTOLLERANZE? Se sì, a cosa? Compili la parte sottostante	Sì	No		
<input type="checkbox"/> Farmaci , indicare quali: _____ <input type="checkbox"/> Lattice <input type="checkbox"/> Metalli , indicare quali: <input type="radio"/> Nichel <input type="radio"/> Cromo <input type="radio"/> Cobalto <input type="radio"/> altro _____ <input type="checkbox"/> Alimenti , indicare quali: <input type="radio"/> Cereali contenenti glutine (grano, orzo, segale, avena, kamut, farro o loro ceppi ibridati) <input type="radio"/> Crostacei e prodotti derivati <input type="radio"/> Molluschi e prodotti derivati <input type="radio"/> Pesci e prodotti derivati <input type="radio"/> Uova e prodotti derivati <input type="radio"/> Latte e prodotti derivati (lattosio) <input type="radio"/> Frutta a guscio e prodotti derivati <input type="radio"/> Arachidi e prodotti derivati <input type="radio"/> Semi di sesamo e prodotti derivati <input type="radio"/> Soia e prodotti derivati <input type="radio"/> Sedano e prodotti derivati <input type="radio"/> Senape e prodotti derivati <input type="radio"/> Lupini e prodotti derivati <input type="radio"/> Anidride solforosa e solfiti contenuti nel vino, frutta disidratata, hamburger, <input type="radio"/> altro (specificare) _____				

Questionario Anestesiologico

È affetto da malattie croniche? Se sì, quali? Compili la parte sottostante	Si	No
Malattie Cardiache: <input type="radio"/> malformazioni <input type="radio"/> aritmie <input type="radio"/> angina <input type="radio"/> infarto <input type="radio"/> cardiomiopatie dilatative <input type="radio"/> aneurisma aortico <input type="radio"/> altro	Si	No
Ipertensione arteriosa: se sì, da quanti anni:	Si	No
Varici o flebiti (malattie delle vene):	Si	No
Vasculiti (malattie delle arterie):	Si	No
Embolia polmonare	Si	No
Malattie respiratorie <input type="radio"/> asma <input type="radio"/> enfisema <input type="radio"/> bronchiti ricorrenti <input type="radio"/> tubercolosi <input type="radio"/> altro _____	Si	No
Malattie gastrointestinali: <input type="radio"/> reflusso gastro-esofageo <input type="radio"/> ernia iatale <input type="radio"/> gastrite <input type="radio"/> ulcera <input type="radio"/> colite <input type="radio"/> altro	Si	No
Malattie del fegato: <input type="radio"/> epatiti <input type="radio"/> cirrosi <input type="radio"/> altro _____	Si	No
Malattie delle vie urinarie: <input type="radio"/> malformazioni <input type="radio"/> nefriti <input type="radio"/> infezioni <input type="radio"/> calcolosi <input type="radio"/> insufficienza renale <input type="radio"/> dialisi <input type="radio"/> altro	Si	No
Generalmente ha problemi ad urinare: <input type="radio"/> mi alzo di notte più volte <input type="radio"/> sono incontinente	Si	No
Le è stato ancora posizionato il catetere vescicale? Se sì <input type="radio"/> perché non riuscivo ad urinare <input type="radio"/> Ci sono stati problemi nel posizionarlo <input type="radio"/> Per patologie all'uretra o alla vescica (neoplasia, calcolosi)	Si	No
Diabete mellito: <input type="radio"/> tipo 1 <input type="radio"/> tipo 2 da quanti anni:	Si	No
Altre malattie metaboliche e/o ormonali: <input type="radio"/> iper/ipotiroidismo <input type="radio"/> feocromocitoma <input type="radio"/> insufficienza surrenalica <input type="radio"/> altro _____	Si	No
Malattie del sangue: <input type="radio"/> anemia falciforme <input type="radio"/> talassemia <input type="radio"/> favismo <input type="radio"/> linfoma <input type="radio"/> leucemia <input type="radio"/> altro _____	Si	No
Malattie della coagulazione ad esempio un prolungato sanguinamento dopo un'estrazione dentaria, una piccola ferita o un piccolo intervento chirurgico, emorragie dal naso, ecc.)	Si	No
Malattie muscolari: <input type="radio"/> distrofia muscolare <input type="radio"/> miastenia <input type="radio"/> altro	Si	No
Malattie dell'apparato scheletrico e articolare: <input type="radio"/> artrosi <input type="radio"/> ridotto movimento delle articolazioni <input type="radio"/> altro _____	Si	No
Malattie neurologiche <input type="radio"/> convulsioni <input type="radio"/> perdite di coscienza <input type="radio"/> paralisi <input type="radio"/> emorragia cerebrale <input type="radio"/> ischemia cerebrale <input type="radio"/> ictus <input type="radio"/> Parkinson <input type="radio"/> emicrania <input type="radio"/> demenza <input type="radio"/> altro _____	Si	No
Malattie psichiche: <input type="radio"/> depressione <input type="radio"/> stati d'ansia <input type="radio"/> altro	Si	No
Sindrome da depressione immunitaria acquisita (HIV, AIDS,) Se sì, da quanto tempo e dove è seguito:	Si	No
Malattie reumatiche e/o autoimmuni : <input type="radio"/> Lupus <input type="radio"/> artrite reumatoide <input type="radio"/> altro	Si	No
Malattie oculari: <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> altro	Si	No
Malattie neoplastiche- tumorali Se sì, quali e quando: _____	Si	No
Altre malattie non elencate?		

Questionario Anestesiologico

In questo momento, com'è lo stato di salute?		
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 _____	Sì	No
Soffre attualmente di sintomi respiratori (tosse, catarro)? _____	Sì	No
Ha avuto diarrea e/o vomito nelle ultime 4 settimane? _____	Sì	No
È attualmente presente qualche infezione? _____	Sì	No
C'è la possibilità anche minima che Lei sia in stato di gravidanza?	Sì	No
Si è recentemente sottoposto a cure mediche? Se sì, per quale motivo?	Sì	No
Ha fatto recentemente esami del sangue, ECG, esami radiologici? Se sì, quali e in che data:	Sì	No
HA GIÀ SUBITO ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI? Se sì, a cosa? Compili la parte sottostante	Sì	No
Indicare il tipo e l'anno di intervento:		
È mai stato sottoposto ad anestesia? Se sì a quale anestesia è stato sottoposto? <input type="radio"/> Generale/Sedazione <input type="radio"/> Spinale/Peridurale <input type="radio"/> Plessica <input type="radio"/> Locale <input type="radio"/> Non so	Sì	No
Ha avuto problemi ad urinare dopo avere fatto l'anestesia? (ha urinato dopo molte ore, le hanno messo il catetere vescicale)	Sì	No
Ha già subito trasfusioni di sangue o di componenti del sangue?	Sì	No
Si sono verificate complicazioni a seguito delle trasfusioni? Se sì, quali?	Sì	No
Ha difficoltà ad aprire la bocca?	Sì	No
Ha denti instabili?	Sì	No
Ha difficoltà a muovere bene il collo?	Sì	No
Ha una protesi dentaria? Se sì, <input type="radio"/> Fissa <input type="radio"/> Mobile	Sì	No
Ha protesi acustiche o lenti a contatto?	Sì	No
Beve vino e/o alcolici? Se sì, quanto:	Sì	No
È attualmente fumatore? Se sì, indicare cosa e quanto al giorno:	Sì	No
È un ex fumatore? Se sì, da quanti anni ha smesso?	Sì	No
Fa uso di stupefacenti o altre droghe? Se sì, quali:	Sì	No
Assume spesso sonniferi, calmanti (sedativi)?	Sì	No

Questionario Anestesiologico

Quali tra questi farmaci sta assumendo?

- ACIDO ACETILSALICILICO – ASA** Aspirinetta
 TICLOPIDINA Tiklid
 CLOPIDOGREL Plavix
 ANTICOAGULANTI - TAO Coumadin Sintron
 EPARINA BASSO PESO MOLECOLARE Indicare nome _____
 FANS BREVE EMIVITA Ibuprofene Diclofenac Ketoprofene Indometacina
 FANS AD EMIVITA INTERMEDIA Naprossene Sulindac Diflunisal
 ANTI-COX2 - Colecoxib
 FANS A EMIVITA LUNGA Nabumetone Piroxicam
 ANTI-COX2 - Meloxicam
 DABIGATRAN - Pradaxa
 APIXABAN - Eliquis
 EDOxabAN - Lixiana
 RIVAROXABAN Xarelto
 PRASUGREL Eficent
 TICAGREROL Brilique
 METFORMINA
 ANTITUMORALI Metotrexate Tamoxifen Consulenza oncologica del __/__/__
 ANTICONCEZIONALI ORALI: Indicare il nome _____
 IMMUNOSOPRESSORI Ciclosporina Idrossiclorina solfato Ciclofosfamide
 ACE-INIBITORI Indicare il nome _____

Quali altri farmaci sta assumendo?

NON STO ASSUMENDO FARMACI

Data: _____

Firma Paziente: _____ (o dell'accompagnatore se il paziente non riesce)

Firma Medico Anestesista: _____