

QUESTIONARIO MEDICO
 Consultazione Pre-anestesiologica
 Servizio d'anestesia cn2 ALBA
 Direttore Dott.sa G.Massano

NOME : COGNOME : nato(a) il :.. / .. /

INTERVENTO PREVISTO :

PESO : kg - ALTEZZA : cm – ETA' : anni

Antecedenti medici

Avete sofferto o soffrite d'ipertensione arteriosa? NO SI
 d'angina di petto? NO SI
 Avete fatto un infarto cardiaco? NO SI quando?
 Avete avuto delle turbe del ritmo cardiaco? NO SI
 Avete un pacemaker? NO SI
 Avete avuto delle flebiti? NO SI
 Avete sofferto o soffrite d'asma? NO SI
 di bronchite cronica? NO SI
 d'enfisema? NO SI
 d'embolia polmonare? NO SI

Avete (avuto) un'ulcera dello stomaco/del duodeno? NO SI
 Avete (avuto) un'esofagite? NO SI
 Avete (avuto) un'ernia iatale? NO SI
 Avete (avuto) del reflusso (bruciori)? NO SI
 Avete avuto un'epatite (ittero)? NO SI
 se sì, quale? A B C

Avete sofferto o soffrite:
 di diabete? NO SI
 di tiroide? NO SI
 di depressione? NO SI
 di emicrania? NO SI
 di epilessia? NO SI
 della malattia di Parkinson? NO SI
 Avete avuto un incidente vascolare cerebrale o un trauma cranico? NO SI
 ne avete avuto conseguenze? Quali?

Avete sofferto o soffrite di altre malattie? NO SI
 se sì, quali?:

Antecedenti chirurgici

siete già stati operati(e)? NO SI
 Se sì, descrivete i vostri interventi:
 Quando?
 Quando?
 Quando?
 Quando?

..... Quando?

..... Quando?

..... Quando?

..... Quando?

..... Quando?

..... Quando?

Antecedenti familiari

Un membro della vostra famiglia ha fatto un infarto miocardico? NO SI

Allergie

Avete manifestato un'allergia? NO SI

Al latex? NO SI

A un farmaco? NO SI Quale?.....

A un alimento? NO SI Quale?.....

A un cerotto? NO SI Quale?.....

A un prodotto utilizzato dal dentista? NO SI

A un prodotto utilizzato durante un esame radiologico? NO SI

Agli acari /pollini/ miceti/ animali NO SI

Ad altre cose? NO SI Quali?.....

Come si manifesta l'allergia?

Un eczema? NO SI

Un'orticaria? NO SI

Una congiuntivite? NO SI

Una rinite? NO SI

Delle difficoltà respiratorie? NO SI

Un'ipotensione importante? NO SI

Altra manifestazione:

Antecedenti anestesiolgici

Avete già avuto un'anestesia? NO SI

Se si - avete avuto delle complicazioni durante l'anestesia? NO SI

Quali?

avete avuto delle complicazioni dopo l'anestesia? NO SI

Quali?

Un membro della famiglia ha presentato un problema durante l'anestesia? NO SI

Se si, quale?

Farmaci

Prendete dei farmaci attualmente? NO SI

Se si compilare lo schema qui di seguito

NOMI DEI FARMACI	Dosaggio	Mattino	mezzogiorno	Sera

Fate degli aerosol? NO SI Se sì, di cosa?
 Avete preso del cortisone durante l'anno? NO SI
 Consumate regolarmente delle bevande alcoliche? NO SI
 Se sì quali e quanto al giorno?
 Sopportate gli anti-infiammatori? NO SI
 Se no, perchè?

Per le donne

prendete una pillola contraccettiva? NO SI
 siete incinta? NO SI

Anamnesi cardio-vascolare

Avete qualche volta un fastidio o un dolore al petto, al braccio sinistro quando fate uno sforzo a riposo? NO SI
 Potete salire facilmente un piano di scale senza fermarvi per un problema di fiato? NO SI
 Siete in grado di pulire la casa da soli? NO SI
 Se avete un giardino fate del giardinaggio? NO SI
 fate del bricolage? NO SI
 Quale sport praticate? (es. golf, tennis, nuoto ...)
 il vostro cuore batte in modo irregolare?
 in caso di sforzo? NO SI
 a riposo? NO SI
 Ansimate facilmente in occasione di uno sforzo fisico leggero? NO SI
 a riposo? NO SI
 Avete delle sincopi (perdita di conoscenza)? NO SI
 Avete delle varici? NO SI

Anamnesi respiratoria

Avete la tosse? NO SI
 Avete del catarro? NO SI
 Fate uso di ossigeno a casa? NO SI
 Fumate? NO SI
 se sì: quante sigarette o tabacco al giorno?
 Se sì: sareste interessati a smettere con l'aiuto di qualche organizzazione? NO SI

Anamnesi digestiva

Avete bruciori di stomaco? NO SI
 Qual è il vostro peso forma? (peso nel quale vi sentite a vostro agio fisicamente) kg
 Avete perso peso? NO SI

Questa perdita di peso è stata volontaria? NO SI
 se la perdita di peso è involontaria:
 quanti chili avete perso? kg
 in quanto tempo?

Ci sono state delle variazioni alimentari durante l'ultima settimana? NO SI
 diminuzione del numero dei pasti NO SI
 diminuzione della quantità di cibo ad ogni pasto NO SI

Anamnesi endocrinologica

Per i pazienti che soffrono di tiroide:
 qual è la data del vostro ultimo controllo?

Anamnesi ORL

Russate rumorosamente? NO SI
 Vi sentite stanco o assonnato durante la giornata? NO SI
 Una persona ha già osservato che smettete di respirare durante il sonno? NO SI

Anamnesi ematologica

Avete sanguinato a lungo dopo una morsicatura della lingua, delle labbra? NO SI
 Avete avuto dei sanguinamenti prolungati dopo un'estrazione dentaria? NO SI
 L'emorragia è ricominciata dopo 24h necessitando un consulto per trattamento dentario o medico? NO SI
 Avete avuto sanguinamenti prolungati dopo operazioni minori come adenoidectomia, tonsillectomia, appendicectomia, circoncisione, suture di ferite? NO SI
 Gli incidenti precedenti sono capitati a dei parenti da parte materna? NO SI
 Vi fate facilmente delle ecchimosi (lividi) senza cause apparenti? NO SI
 Se sì qual è il diametro? cm
 Avete già consultato un medico per fermare un sanguinamento dal naso? NO SI
 Avete subito un tamponamento chirurgico? NO SI

Per i pazienti operati di cataratta

Siete in grado di restare immobile sul dorso per 30 minuti? NO SI

Consulenze specialistiche

Avete consultato un cardiologo recentemente? NO SI
 Se sì: Nome: Ospedale:
 Avete consultato un pneumologo recentemente? NO SI
 Se sì: Nome: Ospedale:

DATA: / /

FIRMA:

GRAZIE PER LA VOSTRA COLLABORAZIONE!