

## Questionario sullo stato di salute

DATI DEL PAZIENTE		
Nome, cognome:	Indirizzo:	Professione:
Data di nascita:	E-mail:	Telefono:

Altezza:	Peso:
----------	-------

A quale operazione si deve sottoporre?	Data OP:
--	----------

OPERAZIONI PRECEDENTI		
Quale? Quando?		
Sono stati riscontrati problemi con l'anestesia in lei o nella sua parentela consanguinea? Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

MEDICO DI BASE	
Nome:	Telefono:
Indirizzo:	E-mail:

PRESTAZIONI FISICHE		
È in grado di salire una rampa di scale per 2 piani senza pause?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
A volte avverte una sensazione di pressione/dolori al torace?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha episodi di dispnea nella vita quotidiana?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

DOMANDE SULLA SALUTE		
Ha sofferto o soffre di quanto segue?		
Cuore	Malattie delle arterie coronarie (infarto cardiaco, Angina pectoris, cardiopatia coronarica CHD)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Insufficienza cardiaca?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Anomalie della valvola cardiaca?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Aritmie cardiache (ad es. fibrillazione atriale)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	È portatore/trice di un pacemaker cardiaco (PM)/defibrillatore cardiaco impiantabile (ICD)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No



Coagulazione	Malattie del sangue/disturbi della coagulazione sanguigna, aumentata tendenza al sanguinamento (ad es. emorragia continua in seguito a operazioni, sanguinamento nasale frequente, mestruazioni prolungate)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Assume farmaci anticoagulanti (ad es. Aspirina, Plavix, Marcoumar, Xarelto, Eliquis)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Sangue	È a conoscenza di essere affetto/a da anemia?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Polmoni	Malattie polmonari, ad es. apnea ostruttiva del sonno (OSAS), asma bronchiale, bronchite cronica, broncopneumatia cronica ostruttiva (COPD)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Reni	Malattie renali, ad es. insufficienza renale?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diabete	Diabete mellito di tipo I (IDDM)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	- Se sì: è portatore/trice di una pompa di insulina?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Diabete di tipo II (NIDDM)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Neurologia	Ictus (infarto cerebrale o emorragia cerebrale), epilessia, paralisi, sclerosi multipla (MS), morbo di Parkinson?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Muscoli	Sono state accertate malattie muscolari (ad es. miopatia, distrofia muscolare) in lei o nella sua parentela consanguinea?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Fegato	Malattie epatiche, ad es. epatite, cirrosi epatica?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Stomaco	Ulcere gastriche, rigurgito acido, bypass gastrico/bendaggio gastrico?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Metabolismo	Malattie della tiroide (ipertiroidismo, ipotiroidismo), colesterolo alto, livelli alti di acido urico (gota)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Orientamento	Disturbi della memoria, demenza, stato confusionale, problemi uditivi/disabilità visive gravi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Sfera psichica	Malattie psichiatriche, ad es. depressione, schizofrenia, disturbo d'ansia?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Circolazione	Pressione sanguigna alta (sbarrare «sì» anche se ben controllata)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Pressione sanguigna bassa?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

<b>ALTRO</b>			
Allergie	Soffre di allergie, ad. es. medicinali, iodio, lattice, nichel? Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Gravidanza/ allattamento	Potrebbe essere incinta?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Allatta?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Salute dentale	Porta una protesi dentale rimovibile?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Ha denti allentati o danneggiati?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Consumo di nicotina	Fuma? Se sì, quante volte al giorno? _____ Da quanti anni? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Consumo di alcolici	Beve alcolici? Se sì, quante volte al giorno? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Consumo di droghe	Ha assunto/assume droghe? Se sì, quali? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Testamento biologico	Ha un testamento biologico (se sì, la preghiamo di includere una copia)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Emocomponenti	In caso di emorragie con rischio per la vita, accetterebbe emocomponenti?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Cura antitumorale	È stato/a sottoposto/a oppure si sottopone a una cura antitumorale? Se sì, quale organo è/era interessato? _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

<b>FARMACI</b> (oppure inviare la lista)	<i>mg</i>	Mattina	Mezzogiorno	Sera	Notte

**Luogo, data:**

**Firma del(la) paziente / rappresentante legale:**

---