

SCHEDA ANAMNESTICA

DATI DELLA PERSONA

Cognome	Nome	Sesso (anatomico)		
.....	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> f	
Via e numero civico	CAP e località	Data di nascita	Indirizzo e-mail	
.....	
Telefono 1	Telefono 2	Altezza [cm]	Peso [kg]	Nome dello studio medico di medicina generale
.....

DETTAGLI DELL'OPERAZIONE

Data dell'intervento	Studio / clinica	Chirurgo
.....

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Osservazioni
> Sei in salute? In caso contrario, perché?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Hai ricevuto cure mediche negli ultimi mesi? Perché?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Hai avuto il raffreddore negli ultimi 14 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Hai qualche allergia a farmaci, iodio, graminacee, alimenti, mezzi di contrasto o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Hai preso farmaci anticoagulanti nelle ultime settimane? (ad es. Aspirina, Marcoumar, Plavix o altri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Stai assumendo altri farmaci? (ad es. farmaci per la pressione sanguigna / per il cuore, diabete mellito, antidolorifici, psicofarmaci, pillole anticoncezionali o altro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Hai mai subito un intervento? Si prega di indicare l'intervento e l'anno:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Hai avuto nausea e / o vomito dopo l'operazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Tra i tuoi consanguinei si sono mai verificati problemi dovuti all'anestesia? Se sì, di che tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Hai mai ricevuto una trasfusione di sangue intero o di alcuni suoi componenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Per le pazienti: è possibile che tu sia incinta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Hai un piercing? Dove?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Riesci a salire facilmente 2 piani di scale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Stai attualmente soffrendo o hai mai sofferto di (si prega di indicare il corrispondente):			
> Cuore / circolazione: Aritmia, difetti cardiaci, angina pectoris, pressione alta / bassa o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Vasi sanguigni: Trombosi, embolia, vene varicose, ictus o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Vie respiratorie / polmoni: Bronchite cronica, asma, polmonite, TBC, sindrome da apnee ostruttive del sonno o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
> Fegato: Ittero, fegato grasso, calcoli biliari o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

> Malattie infettive: HIV, epatite, ecc.?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Reni: Valori renali elevati, calcoli renali, infiammazione renale o altro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Esofago, stomaco, intestino: Stenosi, ulcera, malattia da reflusso, bruciore di stomaco o altro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Metabolismo: Diabete (diabete mellito di tipo 1 o 2), gotta o altro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Ghiandola tiroidea: Ipo- o ipertiroidismo, gozzo o altro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Sistema scheletrico: Malattie articolari, problemi alla schiena e ai dischi intervertebrali o altro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Sistema nervoso, stato mentale: Convulsioni, depressione, paralisi o altro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Occhi: Occhiali, lenti a contatto, glaucoma, cataratta o altro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Sangue: Disturbi della coagulazione, epistassi frequenti, facile formazione di ecchimosi o altro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Sistema muscolare: Debolezza muscolare, disturbi muscolari (anche tra i consanguinei) o altro?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Altre malattie o disabilità?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Dolori cronici?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Denti allentati, carie?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Fumi? Se sì, cosa e quanto al giorno?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Consumi bevande alcoliche? Se sì, cosa e quanto al giorno / settimana?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Fai uso di droghe? Se sì, quali e con che frequenza?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
> Prendi regolarmente sonniferi e / o tranquillanti? Se sì, di che tipo?	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

PARTICOLARITÀ, ALTRO

DICHIARAZIONE DI CONFERMA E CONSENSO

Confermo di aver letto e compreso il documento "Opuscolo sull'anestesia ambulatoriale" e di seguire le raccomandazioni e le norme ivi contenute. Firmando, confermo anche che i dati forniti sono corretti.

Data

Firma del paziente (o del legale rappresentante)

→ Si prega di compilare e firmare la scheda anamnestica e di inviarla ad anaPRaX per posta o e-mail in tempo utile.