



QUESTIONARIO ANESTESIOLOGICO

Rev. 0

Pag 1 /2

Cognome e Nome Età.....

Recapito telefonico Altezza Peso in Kg

SI PREGA DI LEGGERE E COMPILARE CON ATTENZIONE

Innanzitutto Le ricordiamo di:

- Non mangiare o bere da 6 a 8 ore prima dell'intervento
- Togliere dentiere o protesi non fissate
- Togliere il trucco o lo smalto dalle unghie (mani e piedi)
- Togliere qualsiasi gioiello

Come per ogni intervento medico, anche i rischi dell'anestesia dipendono dal caso singolo. Importanti sono soprattutto natura e gravità della patologia, malattie precedenti o altre malattie in atto, condizioni generali, età e regime di vita.

Con le domande seguenti vogliamo ottenere il maggior numero di informazioni per limitare i rischi ed avere il massimo della sicurezza. Nello spazio "altre particolarità" vogliate indicare fatti che ritenete importanti. Tutte le informazioni del questionario sono strettamente personali e rientrano nel segreto professionale di Medici ed infermieri.

1. Si sono verificati in famigliari casi di morte improvvisa durante anestesia? NO SI Specificare
.....
2. Ha preso medicine o è seguito da un medico ultimamente? NO SI
3. E' in gravidanza? NO SI
4. E' in terapia con farmaci? (compresi sonniferi, tranquillanti, anticoncezionali, lassativi,...) NO SI quali ...
.....
5. Ha effettuato interventi chirurgici ? NO SI quali ...
.....
6. Ci sono state complicanze durante l'anestesia? NO SI quali ...
.....
7. E' mai stato trasfuso? NO SI
7.1 Se "SI" ha avuto complicanze da trasfusione? NO SI quali ...
.....
8. Ha difetti congeniti o acquisiti? NO SI quali ...
.....

Sapete di soffrire o di avere sofferto di una delle seguenti malattie?

9. Malattie muscolari, distrofie muscolari, miastenia? NO SI
10. Malattie cardiache (infarto miocardio, angina pectoris, vizio valvolare, dispena da sforzo, endocardite, aritmie,) NO SI

QUESTIONARIO ANESTESIOLOGICO

Rev. 0

Pag 2 / 2

- | | | |
|---|----|----|
| 11. Malattie vascolari (disturbi di circolazione, varici, trombosi, ipertensione, ipotensione)? | NO | SI |
| 12. Malattie polmonari (tubercolosi, asma, polmonite, enfisema, bronchite cronica, embolia)? | NO | SI |
| 13. Malattie epatiche (ittero, cirrosi, calcolosi d. colecisti)? | NO | SI |
| 14. Malattie renali - delle vie urinarie(calcoli, nefrite)? | NO | SI |
| 15. Malattie metaboliche (diabete, intolleranze al lattosio)? | NO | SI |
| 16. Malattie della tiroide? | NO | SI |
| 17. Malattie oculari (glaucoma)? | NO | SI |
| 18. Malattie neurologiche (epilessia, paresi, ictus)? | NO | SI |
| 19. Soffre di attacchi di panico? | NO | SI |
| 20. E' stato in terapia per malattie psichiche (depressione)? | NO | SI |
| 21. Malattie delle ossa o malattie reumatiche? | NO | SI |
| 22. Malattie del sangue (favismo, Anemia, linfoma, leucemia)? | NO | SI |
| 23. Malattie dell'apparato Digerente | NO | SI |
| 24. Difetti della coagulazione (piastrinopenia, sanguinamento prolungato) | NO | SI |
| 25. Allergie? | NO | SI |
| Se si quali? | | |
| 26. Altre malattie non elencate? | NO | SI |
| Se si quali? | | |

Protesi, mobilità del collo, apertura della bocca?

- | | | |
|---|----|----|
| 27. Avete protesi, ponti, dentiere, denti mobili / traballanti? | NO | SI |
| 28. Avete protesi acustiche (apparecchio acustico)? | NO | SI |
| 29. Muovete bene il collo ? | NO | SI |
| 30. Avete difficoltà ad aprire la bocca? | NO | SI |

- | | | | |
|------------------------------------|---------|---------|---------|
| 31. E' in grado di salire le scale | 1 Piano | 2 Piani | 3 Piani |
|------------------------------------|---------|---------|---------|

ABITUDINI DI VITA

- | | | |
|-----------------------------------|----|-----------------|
| Fuma | NO | SI quanto |
| Beve Vino/alcolici | NO | SI quanto |
| Ha sintomi di astinenza da alcool | NO | SI |

Data.....

Firma del paziente.....