



QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE ANAMNESTICA PREOPERATORIA

Cognome	Nome	
Nato/a	Data di nascita	Età
Altezza (cm)	Peso(kg)	
Intervento previsto		
1. ANAMNESI FAMILIARE		
I suoi familiari hanno avuto malattie legate a:		
a. Problemi di coagulazione del sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Malattie neurologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Malattie di cuore o di circolazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Malattie del metabolismo (diabete, tiroide)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ANAMNESI FISIOLÓGICA		
a. Pratica attività fisica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Assume più di un bicchiere di vino ai pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fa uso di sostanze stupefacenti (marijuana, eroina ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Data ultima mestruazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA		
a. Soffre di glaucoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ha problemi di allergia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Farmaci ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alimenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Metalli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Altro? specificare _____		
c. Ha malattie dello stomaco, intestino, fegato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ernia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gastrite, ulcera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epatite, calcoli alla colecisti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Altro? specificare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ha malattie di cuore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infarto, angina pectoris, aritmie, precordialgie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Malattie delle valvole del cuore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Si è mai svegliato di notte per mancanza di respiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le manca il fiato dopo uno sforzo breve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha mai le caviglie gonfie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La notte deve dormire con due cuscini per respirare bene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha la pressione alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• che farmaci prende? (specificare)		
• altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ha malattie delle vene o delle arterie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vene varicose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• episodi di trombosi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ha dolore alle gambe a riposo o dopo brevi percorsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ha o ha avuto malattie dell'apparato respiratorio ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• polmoniti o broncopolmoniti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• bronchite cronica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• pleuriti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ha subito interventi ai polmoni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



• ha difficoltà a respirare dopo un breve sforzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ha o ha avuto malattie dei reni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nefriti o glomerulonefriti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• non ha mai fatto trattamenti di dialisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ha avuto calcoli renali o coliche renali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• è stato operato ai reni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ha o ha avuto malattie delle ghiandole endocrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tiroide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha difficoltà a respirare dopo un breve sforzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ha o ha avuto malattie del sangue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leucemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Disturbi della coagulazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Facilità di emorragie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha subito trasfusioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Ha o ha avuto malattie dell'apparato muscolo-scheletrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Artriti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Osteomielite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Ha o ha avuto malattie del sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Depressione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Disturbi di panico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stati d'ansia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Episodi convulsivi, epilessia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Ha già subito interventi chirurgici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Appendicectomia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ernie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Calcoli alla colecisti o ai reni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Altro? (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Ha già subito delle anestesie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Locali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Generali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alla schiena? (epidurale o subaracnoidee?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ha avuto disturbi dopo l'anestesia? (Specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Ha avuto recentemente malattie infettive? specificare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•		
•		
4. ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA		
Ha avuto malattie negli ultimi 15 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa farmaci abitualmente? Quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•		
•		
Ha la protesi dentaria?	Fissa	Mobile
Ha le lenti a contatto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATA DI COMPILAZIONE

FIRMA DEL PAZIENTE

Mod. Amb. 26.0