

## Questionario anestesiologicalo preoperatorio

*Allo scopo di facilitare la visita con il medico anestesista e per aumentare la sicurezza dell'anestesia la invitiamo cortesemente a compilare questo questionario*

### 1. DATI PERSONALI

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Altezza: \_\_\_\_\_

### 2. MEDICO CURANTE

Medico di famiglia	E-mail

### 3. ANESTESIE IN PASSATO

	SI	NO
Anestesia generale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spinale / Peridurale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locale / Locoregionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi con l'anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. SISTEMA NERVOSO

	SI	NO
Ictus con deficit permanenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. CUORE

	SI	NO
Infarto da meno di 12 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stent cardiaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portatore di Pacemaker/defibrillatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sostituzioni valvolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriopatia obliterante degli arti inferiori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombosi degli arti inferiori / Embolia polmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aritmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6. POLMONE

	SI	NO
Sindrome delle apnee notturne con CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma abitualmente più di 10 sigarette al giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma in terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. ALTRE PATOLOGIE

	SI	NO
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie tiroidee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie neuromuscolari (Miastenia, Guillain Barré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialisi cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterazioni della coagulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. ALLERGIE

	SI	NO
Aspirina & Antinfiammatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lattice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9. FARMACI / TERAPIE

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina cardio                    | <input type="checkbox"/> Apixaban (ELIQUIS)   |
| <input type="checkbox"/> Ticlopidina                        | <input type="checkbox"/> Dabigatran (PRADAXA) |
| <input type="checkbox"/> Clopidogrel (PLAVIX)               | <input type="checkbox"/> Edoxaban (LIXIANA)   |
| <input type="checkbox"/> Ticagrelor (BRILIQUE)              | <input type="checkbox"/> Rivoxaban (XARELTO)  |
| <input type="checkbox"/> Prasugrel (EFIENT)                 | <input type="checkbox"/> Antidiabetici orali  |
| <input type="checkbox"/> Acenocumarolo (MARCUMAR O SINTROM) | <input type="checkbox"/> Insulina             |
| <input type="checkbox"/> Warfarin (COUMADIN)                | <input type="checkbox"/> Cortisonici          |

## 10. GRAVIDANZA

	SI	NO
È attualmente incinta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. ALTRE MALATTIE

---

---

## 12. TIPOLOGIA DI CONSULTO

*Dopo valutazione dell'anestesista, ci potrebbe essere la possibilità di effettuare un consulto a distanza tramite telefono o videoconferenza (applicazione Zoom). In questo caso sarà necessario un computer o uno smartphone. Ciò le darebbe la possibilità di orari più flessibili e di non recarsi in ospedale. È quindi molto importante che compili attentamente questo questionario e lo rimandi via posta prima possibile.*

*Scelga di seguito la sua preferenza al tipo di consulto.*

**Faremo il possibile per soddisfare le sue preferenze.**

Videoconferenza

Telefono

Presenza in ospedale

Data: \_\_\_\_\_