

Questionario per pazienti sottoposti ad interventi chirurgici in anestesia generale o loco-regionale

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

Tramite le domande seguenti desideriamo essere informati su possibili rischi associati all'anestesia, allo scopo di poter adottare le precauzioni necessarie. Le domande sono numerose poiché è nostro desiderio essere informati anche su fattori di rischio ritenuti rari. La preghiamo gentilmente di leggere attentamente il formulario e di indicare con una crocetta quello che fa al suo caso (rispettivamente lasciare in bianco le domande a cui Lei non sa rispondere o che non La concernono).

Cognome:; Nome:

Data di nascita:; Domicilio:

Tel.:

Intervento previsto e data (approssimativa):

1. Peso: kg; altezza: cm

2. È stato sottoposto a cure mediche negli ultimi 6 mesi? no si

Se sì, in seguito a quali malattie?

3. Le risulta essere in atto una gravidanza? no si

4. Prende farmaci regolarmente? no si

Se sì, quali? (Eventualmente allegare copia tabella farmaci)

5. Interventi chirurgici precedenti:

Intervento	Anno	Ospedale
------------	------	----------

Durante l'anestesia sono insorti problemi particolari? no si

Se sì, quali?

Medico/i curante/i (a cui poter chiedere eventuali chiarimenti):

Le risulta essere affetto da una delle seguenti malattie (oppure di esserlo stato in precedenza)?

6. Disturbi cardiaci? no si

Se sì, quali? Infarto cardiaco ; quando?

aritmie (fibrillazioni atriali ; extrasistoli); angina pectoris/insufficienza cardiaca ;

portatore di: stent cardiaci ; by-pass aorto-coronarici ; pacemaker/defibrillatori ;

altro:

7. Disturbi circolatori o vascolari? no si

Se sì, quali? Ipertensione ; arteriopatia periferica (aneurismi aortici ; stenosi carotidiche);

insufficienza venosa agli arti inferiori ; trombosi venose ; embolie polmonari ;

altro:

8. Disturbi della coagulazione? (Dopo ferite/operazioni/interventi dentistici manifesta sanguinamenti eccessivi o di lunga durata; ha una tendenza alla formazione di ematomi) no si

Se sì, quali?

9. Malattie polmonari o delle vie respiratorie? no si
Se sì, quali? Asma ; bronchite cronica ; bronchite acuta ; enfisema polmonare ;
altro:
10. Fuma abitualmente? no si
Se sì, quanto?
11. Malattie del fegato? no si
Se sì, quali? Epatite virale A / B / C ; calcoli alla colecisti (cistifellea) ; altro:
12. Malattie dei reni? no si
Se sì, quali? Calcoli ; insufficienza renale cronica (dialisi); altro:
13. Malattie del metabolismo? no si
Se sì, quali? Diabete: insulino-dipendente , trattato solo con antidiabetici orali ;
disturbi alla tiroide ; ipotiroidismo ; ipertiroidismo ; altro:
14. Malattie dello stomaco/duodeno? no si
Se sì, quali? Reflusso gastro-esofageo sintomatico/trattato ; gastrite ; ulcere ; altro:
15. Malattie degli occhi? no si
16. Malattie del sistema nervoso? no si
Se sì, quali? Epilessia ; paralisi ; ictus cerebri/TIA ; emorragia cerebrale ; altro:
17. Disturbi della psiche? no si
Se sì, quali? Depressione ; sindrome ansiosa ; altro:
18. Malattie delle ossa? no si
Se sì, quali? Artrosi ; fibromialgia ; disturbi alla colonna vertebrale ; osteoporosi
19. Affezioni o astenia (debolezza) muscolare? no si
20. Allergie? no si
Se sì, quali? Pollini / polveri / peli animali ; latex ; altro:
medicamenti specificare: iodio ; mezzo di contrasto ; penicillina ; altro:
21. Consuma bevande alcoliche regolarmente? no si
Se sì, 1-2 bicchieri di vino ai pasti ; occasionale (week-end) ; altro:
22. Fa uso di sostanze stupefacenti? no si
Se sì, quali?
23. Le è già stata effettuata una trasfusione di sangue? no si
Se sì, sono insorte complicazioni? no si
24. È a conoscenza di malattie muscolari presso i suoi parenti? no si
25. È a conoscenza di gravi problemi in relazione all'anestesia riscontrati presso i suoi parenti?
Se sì, quali?
26. Soffre di altri disturbi, non elencati nel questionario? no si
Se sì, quali?

Altre particolarità non previste dal questionario (per esempio: gravi infortuni precedenti, particolari circostanze professionali):
.....

Il sottoscritto (oppure i genitori, rispettivamente il suo tutore) dichiara di aver risposto consciamente alle domande sopra formulate:

Data: / /

Firma: