



QUESTIONARIO ANAMNESTICO

E' indispensabile per una corretta valutazione anestesiologicala, portare la documentazione sanitaria in possesso (Senza tale documentazione la visita anestesiologicala non può essere conclusa).

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
...../...../.....
Età:	Peso: Kg	Altezza: cm
Dentatura:	<input type="checkbox"/> Propria	<input type="checkbox"/> Protesi mobile
		<input type="checkbox"/> Protesi fissa
Fumo:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Se sì, quanto:
Fa uso di bevande alcoliche?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Se sì,	<input type="checkbox"/> 1-2 bicchieri di vino ai pasti	<input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> altro:
Fa uso di sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Se sì, cosa e quanto
È stato/a sottoposto/a a trasfusioni?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Se sì, sono insorte complicazioni?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
E' affetto/a da claustrofobia?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Per le donne: vi è la possibilità che sia attualmente in gravidanza?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Soffre di allergie?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	(Se sì portare tutta la documentazione)
Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> pollini/polveri	<input type="checkbox"/> peli animali
	<input type="checkbox"/> medicinali	<input type="checkbox"/> iodio
	<input type="checkbox"/> altro:	<input type="checkbox"/> lattice <input type="checkbox"/> metalli
		<input type="checkbox"/> mezzo di contrasto
Ha eseguito precedenti anestesie generali/locali?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Se sì, ha avuto effetti collaterali?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Se sì, quali?	
È affetto/a da malattie cardiache?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<i>(Se sì portare tutta la documentazione con ultimo controllo)</i>		
Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> infarto cardiaco	quando?
	<input type="checkbox"/> aritmie	<input type="checkbox"/> angina pectoris
		<input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca
È portatore di:	<input type="checkbox"/> stent cardiaci	<input type="checkbox"/> by-pass aorto-coronarici
	<input type="checkbox"/> altro:	<input type="checkbox"/> pacemaker/defibrillatori
Assume farmaci anticoagulanti/antiaggreganti?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> Cardioaspirina	<input type="checkbox"/> Plavix
	<input type="checkbox"/> Xarelto	<input type="checkbox"/> Sintrom
	<input type="checkbox"/> altro:	<input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> Eparina
È affetto/a da patologie vascolari e/o circolatori?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<i>(Se sì portare tutta la documentazione con ultimo controllo)</i>		
Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> aneurismi aortici
	<input type="checkbox"/> insufficienza venosa arti inferiori	<input type="checkbox"/> trombosi venose
	<input type="checkbox"/> altro:	<input type="checkbox"/> stenosi carotidee <input type="checkbox"/> embolia polmonare
Ha mai avuto emorragie, sanguinamenti importanti dopo estrazioni dentarie o anche semplici ferite, sanguinamenti dal naso, facilità agli ematomi?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Qualche familiare ha avuto trombosi e/o emorragie?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Ha o ha avuto una delle seguenti malattie infettive?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<i>(Se sì portare tutta la documentazione con ultimo controllo)</i>		
Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> tubercolosi
	<input type="checkbox"/> epatite A	<input type="checkbox"/> epatite B
	<input type="checkbox"/> altro:	<input type="checkbox"/> epatite C



È affetto/a da malattie polmonari e/o delle vie respiratorie? No Sì
(Se sì portare tutta la documentazione con ultimo controllo)

Se sì, quali? asma bronchite cronica bronchite acuta
 enfisema polmonare altro:

È affetto/a da apnee notturne? No Sì
(Se sì portare tutta la documentazione con ultimo controllo)

Se sì, porta la CPAP? No Sì

È affetto/a da disturbi neurologici? No Sì
(Se sì portare tutta la documentazione con ultimo controllo)

Se sì, quali? ictus/TIA emorragia cerebrale epilessia
 Parkinson Alzheimer depressione/sindrome ansiosa
 altro:

È affetto/a da malattie metaboliche? No Sì
(Se sì portare tutta la documentazione con ultimo controllo)

Se sì, quali? diabete mellito diabete tipo 1/2 insulino-resistente
 ipertiroidismo ipotiroidismo altro:

È affetto/a da malattie alle muscolo-scheletriche? No Sì
(Se sì portare tutta la documentazione con ultimo controllo)

Se sì, quali? artrosi fibromialgia disturbi alla colonna vertebrale
 osteoporosi artrite reumatoide altro:

È affetto/a da malattie renali? No Sì
(Se sì portare tutta la documentazione con ultimo controllo)

Se sì, quali? calcoli insufficienza renale cronica Fa la dialisi? No Sì
 altro:

E' necessario specificare correttamente i farmaci in uso, il loro dosaggio e ora di assunzione.

Nome del farmaco	Dosaggio	Orario di assunzione

E' necessario specificare nel dettaglio tutti gli interventi chirurgici subiti anche quelli apparentemente minori in anestesia locale.

Interventi	Anno

Altre osservazioni da parte del paziente:

.....

Firma del paziente

Data

.....