

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PREOPERATORIO

Gentile signore/a

Compili con attenzione in ogni sua parte e riconsegni al personale del servizio di preospedalizzazione il presente questionario, prima di essere sottoposto alla visita con il medico anestesista. Con l'occasione Le ricordiamo che l'accesso in ospedale di oggi, durante il quale verrà sottoposto/a agli esami preoperatori e alla visita con il medico anestesista, potrebbe non essere l'unico e l'ultimo prima dell'intervento chirurgico programmato; ci impegneremo tutti per evitarlo ma potrebbero servire ulteriori accessi per eseguire esami o visite specialistiche necessarie a stilare il suo profilo di rischio e permetterle di affrontare l'intervento chirurgico programmato nelle migliori condizioni di sicurezza. Le anticipiamo che la chiamata alla visita con il medico anestesista potrebbe non seguire l'ordine di chiamata col quale ha iniziato il percorso di preospedalizzazione; potrebbero attendere per lo stesso servizio con Lei persone fragili, bambini, donne in gravidanza o con patologie complesse che sarebbe bene non fare aspettare per troppo tempo. Ci scusiamo in anticipo del disagio che questo potrebbe arrecarle. Le ricordiamo inoltre che il personale della preospedalizzazione non è in grado di fornirle indicazioni precise sulla data prevista per il suo intervento chirurgico. Questa informazione Le sarà fornita, non appena avrà completato la preospedalizzazione, o dall'ufficio ricoveri o del reparto/medico che ha provveduto al suo inserimento in lista. Il personale della preospedalizzazione è a sua disposizione per qualsiasi chiarimento dovesse essere necessario.

Cognome e Nome:	_____
Data di Nascita:	_____ Anni: _____
Recapiti:	Telefoni: _____ Email: _____
Recapiti	Telefoni: _____ Email: _____ Indirizzo: _____

Le chiediamo cortesemente di trascrivere nel riquadro sottostante l'intervento chirurgico che Le è stato programmato

--

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PREOPERATORIO

INFORMAZIONI GENERALI

Peso:		Altezza:		BMI:			
Beve alcoolici:				SI		NO	
Fuma?							
Quanto e da quanto?							
Se ha smesso da quanto tempo?							
Assume sostanze stupefacenti?				SI		NO	
È allergico a FARMACI?				SI		NO	
Se sì a quali?							
È allergico ad altre sostanze (metalli, bigiotteria, lattice, cerotti)?				SI		NO	
Se sì a cosa?							
Porta occhiali o lenti a contatto?				SI		NO	
Ha piercing?				SI		NO	
Ha apparecchi ortodontici o protesi dentarie?				SI		NO	
Se si fisse o mobili?							
Sordità? Presenza di apparecchi acustici?				SI		NO	
Si sottopone regolarmente a visite di controllo? (*)				SI		NO	
Se è una donna in età fertile:							
Sa di essere in gravidanza?				SI		NO	
Data ultima mestruazione							
Assume farmaci anticoncezionali?				SI		NO	
(*) (es. medico-sportiva, medicina del lavoro, donazione di sangue)?							

VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI COMPIERE SFORZI

Per noi è importante capire se Lei è in grado di compiere almeno dei modesti sforzi fisici senza difficoltà.

Pratica attività fisica regolarmente?	SI		NO	
È capace di salire un piano di scale senza fermarsi per riprendere fiato?	SI		NO	
È capace di fare le normali pulizie domestiche senza affaticarsi?	SI		NO	
Riesce a portare senza difficoltà due sacchetti della spesa?	SI		NO	

STORIA CLINICA FAMILIARE

Indichi con una crocetta se qualcuno fra i suoi parenti più stretti (genitori, fratelli):

È morto improvvisamente senza causa	SI		NO	
Ha malattie di cuore o di circolazione	SI		NO	
Ha il diabete	SI		NO	
Ha problemi di coagulazione del sangue	SI		NO	
Ha patologie neuromuscolari	SI		NO	
Ha mai sentito parlare dai suoi familiari più stretti di ipertermia maligna?	SI		NO	

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PREOPERATORIO

STORIA CLINICA PERSONALE

Questa sezione riguarda solo i problemi di salute che ha o ha avuto **Lei personalmente**: risponda per cortesia a tutte le domande.

PROBLEMI CARDIOLOGICI / VASCOLARI	SI		NO	
Ha o ha avuto problemi/malattie quali:				
Infarto	SI		NO	
Crisi di angina	SI		NO	
Soffio al cuore	SI		NO	
Prolasso della mitrale	SI		NO	
Caviglie gonfie	SI		NO	
Svenimenti	SI		NO	
Aritmie (cuore che batte in modo irregolare)	SI		NO	
La notte dorme con più di un cuscino	SI		NO	
Ricoveri recenti per questi problemi	SI		NO	
Altro di utile da segnalare?				
Ha la pressione alta?	SI		NO	
Quanto è di solito la sua pressione?				
Se ha segnato qualche SI in questa sezione, è seguito da un cardiologo/servizio di cardiologia?	SI		NO	
PROBLEMI POLMONARI				
Ha o ha avuto problemi/malattie quali:				
Enfisema	SI		NO	
Asma	SI		NO	
Bronchite cronica (tosse con catarro più volte in un anno)	SI		NO	
Ricoveri recenti per questi problemi	SI		NO	
Altro di utile da segnalare?				
PROBLEMI NEUROLOGICI/PSICOLOGICI				
Ha o ha avuto problemi/malattie quali:				
Mal di testa frequenti	SI		NO	
Emicrania	SI		NO	
Epilessia	SI		NO	
Depressione	SI		NO	
Ictus (paralisi permanenti)	SI		NO	
Paralisi transitorie (TIA)	SI		NO	
Altri disturbi neurologici/psicologici				

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PREOPERATORIO

Soffre di DIABETE?	SI		NO	
Se SI, è seguito da un diabetologo/centro antidiabetico?	SI		NO	
Ha o ha avuto malattie di:				
STOMACO	SI		NO	
Ulcera	SI		NO	
Gastrite	SI		NO	
Rigurgiti acidi	SI		NO	
FEGATO	SI		NO	
Epatiti	SI		NO	
Altro				
RENI	SI		NO	
TIROIDE	SI		NO	
Problemi di COAGULAZIONE DEL SANGUE. Indichi se:				
Un Medico (per esempio il suo Dentista) le ha detto che sanguina molto facilmente	SI		NO	
Ha avuto emorragie dopo l'estrazione di un dente	SI		NO	
Ha spesso sangue dal naso	SI		NO	
Quando fa un prelievo di sangue ci vuole molto tempo per fermare il sangue	SI		NO	
Soffre di VARICI alle gambe?	SI		NO	
Indichi se ha o ha avuto:				
Trombosi venose profonde o tromboflebiti	SI		NO	
Embolie polmonari	SI		NO	
Indichi se è o è stato esposto ai seguenti fatto di RISCHIO INFETTIVO:				
Trasfusioni di sangue	SI		NO	
Rapporti sessuali occasionali	SI		NO	
Uso di stupefacenti	SI		NO	
Le hanno mai posizionato un CATETERE VESCICALE?				
Se SI, ci sono stati problemi?	SI		NO	
Ha difficoltà ad urinare?	SI		NO	
Abitualmente			Dopo anestesia/Interventi Chirurgici	
Se di sesso maschile, ha problemi alla prostata?				
Ha una alimentazione particolare?	SI		NO	
Se si quale?				
Soffre di intolleranze o allergie alimentari?	SI		NO	
Se si quali?				
Soffre di problemi intestinali?	SI		NO	
Se si quali?				

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PREOPERATORIO**FARMACI - IMPORTANTE**

Scriva TUTTE le medicine che prende di solito (per il cuore, per la pressione, per il diabete, per la circolazione del sangue, per problemi neurologici e per altri problemi eventuali) indicando la dose e gli orari di assunzione

Farmaco	Dose e Orari

Data _____

Firma del Paziente _____

La ringraziamo di averci fornito tutte le informazioni necessarie che ci daranno modo, prima della chiamata, di stilare per Lei un profilo di rischio dettagliato per l'intervento che dovrà eseguire. Il tempo che Lei ci ha dedicato ci permetterà di costruire per Lei un percorso di Preospedalizzazione personalizzato evitando inutili attese o visite in ospedale ripetute.

Il Team della Preospedalizzazione
Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina – Gemelli Isola