

	Pre-operatorio Questionario di Anestesia	Mod. 0030	Pag. 1 di 2
		Parola chiave: <i>quest anest</i>	
		Rev. 00	del 14/10/2024

ETICHETTA PAZIENTE	PESO: _____ kg	ALTEZZA _____ cm
	ETA' _____	

Il presente questionario permetterà al medico anestesista che avrà cura di Voi in Sala Operatoria, di praticare il tipo di anestesia più adatto al Vostro caso:

AVETE

SI NO

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Una protesi dentaria? | ☐ | ☐ |
| ➤ Rigidità ai movimenti della testa e/o del collo? | ☐ | ☐ |
| ➤ Difficoltà ad aprire completamente la bocca? | ☐ | ☐ |

ANAMNESI FAMILIARE

Nella Vs famiglia qualcuno:

SI NO

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Ha tendenza al sanguinamento? | ☐ | ☐ |
| ➤ Ha avuto reazioni insolite dopo un'anestesia? | ☐ | ☐ |
| ➤ Altro: _____ | ☐ | ☐ |

ANAMNESI PERSONALE

SI NO

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Siete soggetti ad allergie? | ☐ | ☐ |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|

Se si a che cosa? _____

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Bevete tutti i giorni vino e/o alcolici? | ☐ | ☐ |
| ➤ Fumate? Se sì, quante sigarette al giorno? _____ | ☐ | ☐ |
| ➤ Avete già avuto trasfusioni di sangue? | ☐ | ☐ |
| ➤ Avete il dubbio di essere attualmente in gravidanza? | ☐ | ☐ |

AVETE SOFFERTO DI

SI NO

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Ipertensione arteriosa | ☐ | ☐ |
| ➤ Malattie cardiache | ☐ | ☐ |
| ➤ Turbe del ritmo | ☐ | ☐ |
| ➤ Difficoltà del respiro | ☐ | ☐ |
| ➤ Asma bronchiale/bronchite cronica | ☐ | ☐ |
| ➤ Malattie del tubo digerente (ulcera - gastrite ...) | ☐ | ☐ |
| ➤ Malattie renali - vescicali - prostatiche | ☐ | ☐ |
| ➤ Diabete | ☐ | ☐ |
| ➤ Malattie della tiroide | ☐ | ☐ |
| ➤ Malattie del sangue (anemia ...) | ☐ | ☐ |
| ➤ Varici o flebiti | ☐ | ☐ |

	Pre-operatorio Questionario di Anestesia	Mod. 0030	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: <i>quest anest</i>	
		Rev. 00	del 14/10/2024

	SI	NO
➤ Malattie del sistema nervoso	☐	☐
➤ Malattie vascolari cerebrali (ictus)	☐	☐
➤ Malattie reumatiche	☐	☐
➤ Glaucoma	☐	☐
➤ Utilizza sostanze stupefacenti	☐	☐
➤ Altre malattie _____		
➤ Siete stati ricoverati per altre ragioni? _____		

AVETE GIÀ SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI?

AVETE AVUTO DELLE REAZIONI INSOLITE O COMPLICANZE SI ☐ NO ☐

FARMACI CHE ASSUMETE ABITUALMENTE O ASSUNTI RECENTEMENTE

Farmaco	Dosaggio	Quantita'	Orari

Pensa di avere qualche altra comunicazione per l'anestesista? SI ☐ NO ☐

Grazie per la gentile collaborazione.

Data _____

Firma _____