

Questionario pre-operatorio

Cognome		Nome		Nato il	
Unità Operativa:					
Intervento					
▶ Sa di avere malattie ?				NO	SI
Se sì, quali ?					
▶ E' allergico/a ?				NO	SI
Se sì, a cosa ?					
Quali disturbi ha avuto?					
▶ Assume farmaci ?				NO	SI
Se sì, quali ?					
▶ Assume erbe medicinali o prodotti naturali?				NO	SI
Se sì, quali ?					
▶ Assume droghe ?				NO	SI
Se sì, quali ?					
▶ Fuma ?				NO	SI
Se sì, quante sigarette al giorno ?					
Da quanto tempo ?		NO	SI		
▶ E' portatore di protesi dentarie o di altro tipo ?				NO	<input type="checkbox"/> mobili <input type="checkbox"/> FISSE
▶ E' portatore di lenti a contatto ?				NO	SI
▶ E' portatore di "piercing"?				NO	SI
Se sì, dove ?					
▶ Beve alcolici o super-alcolici ?				NO	SI
▶ Pratica attività sportiva ?				NO	SI
Se sì, quante volte alla settimana ?				1	2
				3	4
				5	6
				7	

► Ha mai avuto malattie al cuore ?		NO	SI
Se sì, quali:			
Hai mai avuto un infarto ?		NO	SI
Hai mai avuto angina pectoris?		NO	SI
Hai mai avuto aritmie?		NO	SI
Hai mai avuto dolore al petto ?		NO	SI
Le è mai stato detto di avere dei soffi al cuore ?		NO	SI
Le è mai stato detto di avere un prolasso di una valvola del cuore ?		NO	SI
Si è mai svegliato la notte con la mancanza di respiro o aria ?		NO	SI
Le viene mai mancanza di respiro o mancanza di aria dopo una rampa di scale o dopo brevi distanze ?		NO	SI
Ha mai le caviglie gonfie?		NO	SI
La notte dorme con più cuscini?		NO	SI
Le è mai stato detto di avere la pressione alta ?		NO	SI
► Ha mai avuto malattie ai polmoni ?		NO	SI
Se sì, quali:			
Ha mai avuto una pleurite, polmonite o broncopolmonite ?		NO	SI
Ha mai avuto difficoltà a respirare o asma bronchiale ?		NO	SI
► Ha mai avuto problemi con la coagulazione del sangue ?		NO	SI
Se sì, quali:			
Ha mai avuto una perdita di sangue (emorragia) per più di 24 ore o che ha richiesto trasfusioni dopo traumi od interventi chirurgici ?		NO	SI
Hai mai presentato perdita di sangue (emorragia) dopo una estrazione dentaria o dal naso tale da rendere necessarie delle cure mediche ?		NO	SI
Quello descritto precedentemente si è verificato mai nei fratelli, nei genitori o nei parenti materni di sesso maschile ?		NO	SI
► Ha mai avuto malattie dello stomaco, intestino o fegato ?		NO	SI
Se sì, quali:			
Le è stata mai fatta diagnosi di ernia iatale ?		NO	SI
Le è mai stata fatta diagnosi di gastrite o ulcera ?		NO	SI
Ha mai avuto ittero, epatite virale malattie del fegato e malaria ?		NO	SI
Ha perso peso senza motivo ?		NO	SI
► Ha mai avuto malattie dei reni ?		NO	SI
Se sì, quali:			
Ha mai sofferto di insufficienza renale?		NO	SI
È mai stato sottoposto a dialisi?		NO	SI

▶ Ha mai avuto malattie delle ghiandole (tiroide, paratiroidi, surreni, pancreas,..) ?		NO	SI
Se sì, quali:			
Si alza spesso la notte per urinare ?		NO	SI
Le hanno mai detto di avere il diabete ?		NO	SI
Fa insulina ?		NO	SI
Assume ipoglicemizzanti orali ?		NO	SI
▶ Ha mai avuto malattie del sistema nervoso ?		NO	SI
Se sì, quali:			
Ha mai avuto attacchi epilettici ?		NO	SI
Ha mai avuto convulsioni ?		NO	SI
Ha mai avuto ictus o paralisi ?		NO	SI
▶ Ha mai avuto lei o i suoi familiari malattie delle arterie e/o delle vene ?		NO	SI
Se sì, quali:			
Ha dolore alle gambe a riposo o dopo aver camminato ?		NO	SI
Ha mai avuto trombi nelle arterie ?		NO	SI
Ha mai avuto trombi nelle vene delle gambe od in altre sedi?		NO	SI
Ha mai sofferto di varici agli arti inferiori ?		NO	SI
▶ Ha già subito interventi chirurgici ?		NO	SI
Se sì, quali ?			
Se sì, è stato mai trasfuso ?		NO	SI
▶ E' mai stato/a sottoposto/ad anestesia generale ?		NO	SI
▶ E' mai stato/a sottoposto/ ad anestesia loco-regionale ?		NO	SI
▶ Ha mai avuto lei o i suoi familiari problemi con l'anestesia ?		NO	SI
Se sì, quali ?	<input type="checkbox"/> NAUSEA	<input type="checkbox"/> VOMITO	
	<input type="checkbox"/> CEFALEA	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA CORPOREA ELEVATA	
	<input type="checkbox"/> SONNOLENZA	<input type="checkbox"/> RISVEGLIO RITARDATO	
Altro			
Se sì, ha con se documentazione dell'accaduto ?		NO	SI
▶ E' a conoscenza di casi nella sua famiglia di malattie rare quali la porfiria, l'ipertermia maligna o altre malattie congenite ?		NO	SI
Per le donne			
▶ Quando ha avuto l'ultima mestruazione ?			
▶ Sospetta una gravidanza ?		NO	SI
▶ Assume farmaci anticoncezionali ?		NO	SI

Firma del paziente (tutore, genitori)

Data _____

