



QUESTIONARIO ANAMNESTICO

ETICHETTA

ATTENZIONE: Recapitare (personalmente, via fax o via mail) il presente questionario, compilato in ogni sua parte, entro una settimana dalla visita nella quale ha concordato l'intervento chirurgico.

Le ricordiamo che la data degli esami preoperatori verrà assegnata solo dopo che i medici della Clinica avranno visionato le Sue risposte.

Recapiti: Servizio ESAMI PREOPERATORI - Via Santini, 8 – 37127 Verona –

Fax 045 8531493 – mail: questionario@grupposanfrancesco.it

Alla cortese attenzione del Medico di Medicina Generale:

Gentile collega, La preghiamo di voler supportare il suo assistito, qualora lo richieda, nella compilazione del presente questionario. La Sua collaborazione nella raccolta della storia clinica del paziente sarà preziosa e contribuirà ad un più completo inquadramento anamnestico del/della paziente.

COGNOME e NOME

nato/a il/...../..... Recapiti telefonici del Paziente

Medico di Medicina Generale Rec. Tel.

LE RACCOMANDIAMO di portare TUTTA LA DOCUMENTAZIONE MEDICA ANCHE NON RIGUARDANTE L'INTERVENTO (esami del sangue, ECG, Rx torace, referti di visite specialistiche, lettere di dimissione, ecc.) e l' ELENCO DEI FARMACI che prende abitualmente.

INFORMAZIONI GENERALI

Età

Peso

Altezza

Segnare con una crocetta le risposte alle seguenti domande

Table with 3 columns: Question, NO, SI. Rows include: Beve alcolici?, Fuma?, È allergico a FARMACI?, È allergico ad altre sostanze (metalli, bigiotteria, lattice, cerotti, ...)?, Porta occhiali o lenti a contatto?, Ha piercings?

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Ha apparecchi ortodontici o protesi dentarie?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> fisse (ponti, impianti) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> mobili ○ SUP ○ INF
Si sottopone regolarmente a visite di controllo (es. medico-sportiva, medicina del lavoro, donazione di sangue, ...)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Se è una donna in età fertile: <ul style="list-style-type: none"> • Sa di essere in gravidanza? • Prende la pillola? 	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI

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, ...) indicando la dose e gli orari di assunzione

Farmaco	Dose e orari
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

STORIA CLINICA FAMILIARE

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

- È morto improvvisamente senza causa NO SI
- Ha malattie di cuore o di circolazione NO SI
- Ha il diabete NO SI
- Ha problemi di coagulazione del sangue NO SI

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**.

❖ **CONDIZIONE CARDIOLOGICA / VASCOLARE**

✓ Ha o ha avuto malattie quali:

- | | |
|---|---|
| Infarto <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Crisi di angina <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
|---|---|

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Soffio al cuore	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Caviglie gonfie	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Prolasso della mitrale	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Svenimenti	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Aritmie (cuore che batte in modo irregolare)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI			
La notte dorme con più di un cuscino	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI			

Altro

Se ha segnato qualche SI in questa sezione, è seguito da un cardiologo/servizio di cardiologia? NO SI

Se SI, quando ha effettuato l'ultima visita cardiologica?

✓ Ha la pressione alta? NO SI, quant'è di solito?

❖ 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. Ad esempio:

È capace di **salire un piano di scale senza fermarsi** per riprendere fiato? NO SI

È capace di fare le **normali pulizie domestiche senza affaticarsi**? NO SI

Riesce a **portare senza difficoltà due sacchetti della spesa**? NO SI

❖ CONDIZIONE POLMONARE

✓ Ha o ha avuto malattie quali:

Enfisema NO SI

Asma NO SI

Bronchite cronica (tosse con catarro tutto l'anno) NO SI

Apnee notturne e/o russamento NO SI

Se SI (a quest'ultima domanda), usa qualche presidio come per esempio C-PAP? NO SI

Altro

❖ CONDIZIONE NEUROLOGICA/PSICOLOGICA

✓ Ha o ha avuto malattie quali:

Mal di testa frequenti NO SI

Epilessia NO SI

Emicrania NO SI

Depressione NO SI

Altri disturbi psicologici

❖ Indichi se ha o ha avuto:

Ictus (paralisi permanenti) NO SI

Paralisi transitorie (TIA) NO SI

Se SI, quando ha eseguito l'ultima visita neurologica?

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

❖ **Soffre di DIABETE?** NO SI

Se SI, è seguito da un diabetologo/centro antidiabetico? NO SI

❖ **Ha o ha avuto malattie di:**

STOMACO NO SI ➔ Gastrite Ulcera Rigurgiti acidi

FEGATO NO SI ➔ Epatite Altro

RENI NO SI

TIROIDE NO SI

❖ Problemi di **COAGULAZIONE DEL SANGUE**. Indichi se:

Un Medico (per esempio il suo Dentista) le ha detto che sanguina molto facilmente NO SI

Ha avuto emorragie dopo l'estrazione di un dente NO SI

Ha spesso sangue dal naso NO SI

Quando fa un prelievo di sangue ci vuole molto tempo per fermare il sangue NO SI

❖ Soffre di **VARICI** alle gambe? NO SI

Indichi se ha o ha avuto:

Trombosi venose profonde o tromboflebiti NO SI

Embolie polmonari NO SI

❖ Indichi se è o è stato esposto ai seguenti fatto di **RISCHIO INFETTIVO**:

Trasfusioni di sangue NO SI

Rapporti sessuali occasionali NO SI

Uso di stupefacenti NO SI

❖ **ANESTESIA E CHIRURGIA**

Scriva a quali interventi chirurgici è stato sottoposto, indicando a fianco di ciascuno il tipo di anestesia impiegata (generale, spinale, locale, ecc.)

Intervento

Anestesia

Data

.....

.....

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Segni con una crocetta se ha avuto uno o più dei seguenti problemi per un intervento:

- | | | | |
|--------------------------|---|----------------------------|---|
| Nausea e/o vomito | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Dolore | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Mal di testa | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Allucinazioni al risveglio | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Difficoltà nel risveglio | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Intubazione difficile | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Difficoltà a respirare | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Altro | |

❖ Le hanno mai posizionato un **CATETERE VESCICALE**? NO SI

Se SI, ci sono stati problemi? NO SI

❖ Ha difficoltà ad urinare? NO SI

Se di sesso maschile, ha problemi alla prostata? NO SI

ULTERIORI INFORMAZIONI PER POTERLA CONOSCERE

Ha una alimentazione particolare? NO SI, quale

Soffre di intolleranze o allergie alimentari? NO SI, quale

Soffre di problemi intestinali? NO SI, quale

Se è stitico/a con cosa si aiuta?

Soffre di problemi ad urinare? NO SI

- abitualmente dopo anestesia/ interventi chirurgici

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Se ha ancora qualcosa da segnalare, utilizzi lo spazio sottostante

.....

.....

.....

.....

.....

Ha avuto il COVID? NO SI

 Se SI, quando (data) ha avuto il primo tampone positivo?

È stato vaccinato per il COVID? NO SI Se SI, quando (data)?

Data Firma del paziente (o del tutore)