

# QUESTIONARIO ANESTESIOLOGICO

Gentili pazienti,

Data: .....

riempite il presente questionario in modo accurato e completo per metterci in grado di assisterVi in modo ottimale prima e dopo l'intervento chirurgico.

## Portateci i seguenti documenti, ove disponibili:

- Passaporto anestesia
- Testamento biologico
- Passaporto stent / Passaporto impianti
- Passaporto allergie
- Procura preventiva
- Passaporto pacemaker

Nome: .....

Data di nascita: .....

Professione: .....

Altezza: .....                      Peso: ..... kg

## Barrare la casella corrispondente e completare:

### 01 | Interventi chirurgici precedenti?

sì     no

se sì, quali e quando:

.....  
.....  
.....

### 02 | Ha sofferto mai di disturbi post-operatori?

sì     no

- nausea/vomito     problemi respiratori  
 problemi circolatori     tremori da freddo  
altri

.....

### 03 | Si sono verificate delle complicanze da narcosi nei Suoi consanguinei?

sì     no

### 04 | Riesce a salire 2 piani senza fermarsi e senza difficoltà respiratorie o problemi cardiaci?

sì     no

### 05 | Ha mai ricevuto sangue conservato (trasfusioni)?

sì     no

se sì, si sono verificate delle complicanze e quali?

.....

### 06 | Soffre di allergie, intolleranze?

sì     no

se sì, quali:

- lattice (gomma)     antibiotici (p.e. penicillina)  
 iodio     nichel     alimentari

altri :

.....

### 07 | Assume regolarmente dei farmaci?

sì     no

se sì, quali:

.....

.....

.....

.....



**08| Farmaci anticoagulanti**

sì  no

se sì, quali :

-----  
-----

**09| Farmaci venduti liberamente (senza prescrizione), farmaci sostitutivi per la tossicodipendenza**

sì  no

se sì, quali :

-----  
-----

**10| Fuma e/o ha mai fumato?**

sì  no

se sì, quanto al giorno: .....

se sì, da quanti anni: .....

se in passato sì, non fumatore da

da quanti anni: .....

**11| Beve regolarmente alcol?**

sì  no

se sì, che cosa e quanto consuma al giorno :

-----  
-----

**12| Fa uso di droghe?**

sì  no

se sì, quali :

-----  
-----

**13| Ha problemi di udito?  sì  no**

**14| Ha denti instabili e/o denti lesionati?**

se sì, quali (barrare):



**15| Ha una protesi dentaria?**

sì  no

**16| E' lento il decorso della guarigione di ferite?**

sì  no

**17| E' mai stato accertato disordine della coagulazione di Lei o dei Suoi consanguinei?**

sì  no

**18| Si sono verificati i seguenti tipi di sanguinamento senza apparente motivo?**

- sanguinamento dal naso
- lividi senza sbattersi
- sanguinamento nelle articolazioni, muscoli, tessuti molli
- eccessivo sanguinamento dopo l'estrazione di denti
- eccessivo sanguinamento dopo pregressi interventi chirurgici e/o ferite da taglio

**19| Lei e/o un Suo consanguineo è mai stato affetto da trombosi e/o embolie (polmonari)?**

sì  no

Riservato alle pazienti:

**20| Soffre e/o ha mai sofferto di mestruazioni abbondanti e prolungate:**

- per più di 7 giorni
- consumando più di 7 tamponi/ assorbenti igienici (di normale dimensione) al giorno?

**21| Potrebbe essere in stato di gravidanza?**

sì  no

**22| Ha sofferto nelle ultime 2 settimane di un raffreddore o di una malattia acuta?**

sì  no

**23| Ha o ha avuto in passato una delle seguenti malattie infettive, se sì quali:**

- HIV
- epatite
- tubercolosi

**24| Porta oggetti estranei al corpo con sè o all'interno del corpo?**

sì  no Se sì, quali:

- stent
  - pacemaker
  - defibrillatore-cardioverter
  - piercing
- altri:

Soffre o ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie:

- |  |                          |                          |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>25  </b> Ipertensione arteriosa                         | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>40  </b> Malattia del fegato                        | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| <b>26  </b> Diabete  | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>41  </b> Malattia gastrointestinale                 | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| se sì, si inietta insulina:                                | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>42  </b> Malattia infettiva                         | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| <b>27  </b> Infarto miocardico                             | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>43  </b> Malattia della tiroide                     | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| se sì, entro le ultime sei settimane                       | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>44  </b> Malattie dei vasi sanguigni                | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| se sì, è stato effettuato un cateterismo cardiaco:         | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>45  </b> Malattie del sistema nervoso               | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| <b>28  </b> Dolori al petto a riposo                       | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>46  </b> Demenza                                    |                          |                          |
| <b>29  </b> Dolori al petto solo in caso di sforzo fisico  | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>47  </b> Ictus e/o TIA                              |                          |                          |
| <b>30  </b> Insufficienza cardiaca                         | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | se sì, entro le ultime sei settimane                   | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| <b>31  </b> Acqua nei polmoni o nelle gambe                | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>48  </b> Disturbi mentali o malattie psichiche      | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| <b>32  </b> Aritmie cardiache (p.e. fibrillazione atriale) | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>49  </b> Malattie del sistema muscolare             | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| <b>33  </b> Vizio valvolare                                | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>50  </b> Malattie dell'apparato muscolo-scheletrico | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| <b>34  </b> Malattia dei polmoni                           | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>51  </b> Glaucoma                                   | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| <b>35  </b> Asma bronchiale                                | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>52  </b> Altre malattie, qui sopra non elencate     | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| <b>36  </b> Bronchite e/o COPD                             |                          |                          | se sì, quali:  |                          |                          |
| se sì, ha bisogno di un ossigenatore:                      | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | -----  |                          |                          |
| <b>37  </b> Apnea nel sonno                                |                          |                          | -----  |                          |                          |
| se sì, porta una maschera CPAP                             | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>53  </b> Dispone di una procura preventiva?         | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |
| <b>36  </b> Malattia dei reni                              | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no | <b>54  </b> Dispone di un testamento biologico?        | <input type="radio"/> sì | <input type="radio"/> no |

Per avere un'informazione base prima del successivo colloquio informativo con l'anestesista, Vi preghiamo di leggere il foglio informativo scritto o di guardare il filmato informativo sulla anestesia:

<https://www.youtube.com/channel/UCyIaSac-bZ-fCGgJu0uN68w/playlists>



Informate il Suo/la Sua anestesista-medico se volete rinunciare all'informazione sui rischi. Il filmato e il foglio informativo non sostituiscono un colloquio personale con l'anestesista.