

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina
Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione
P.O Monfalcone
Direttore: dr. Pier Eugenio Gobbato

Questionario di Valutazione Preoperatoria

Egregio/a Signore/a questo questionario, strettamente confidenziale, serve a fornire Informazioni sul suo stato di salute per mettere in atto il trattamento più idoneo alle sue esigenze.

Nella compilazione può farsi aiutare dall'infermiere del Reparto in cui verrà ricoverato.

Attenzione

Si ricordi di portare alla visita anestesiologicala, e poi al ricovero, ogni documentazione medica in suo possesso insieme alla scheda d'accesso ospedaliero che le rilascerà il suo medico di famiglia.

A - DATI GENERALI

Nome e Cognome:

Data di nascita:...../...../.....; peso kg.....; altezza cm.....

Indirizzo: città..... (CAP.....) Via

Professione:

Medico Curante:

Motivo della visita:

B - STATO DI SALUTE GENERALE

Barrare la risposta

- | | | |
|---|----|----|
| 1) Fa sport? | SI | NO |
| 2) Fa fatica a svolgere attività fisica quotidiana? | SI | NO |

Se si, da quando?.....

- 3) Ha sofferto recentemente di qualche malattia (tosse, raffreddore, febbre, ecc)? SI NO
- 4) Soffre di allergie? SI NO
Se si, a che cosa?.....

C - ANAMNESI MEDICA

- 5) Fuma? SI NO
Quante sigarette al giorno?.....
Da quanto tempo?.....
- 6) Beve alcolici? SI NO
Quanto?.....
- 7) Qualcuno in famiglia (nonni, genitori, zii) ha o è morto per:
- pressione alta? SI NO
 - asma? SI NO
 - ictus? SI NO
 - improvvisamente senza causa? SI NO
- 8) Ha o ha avuto problemi di cuore? SI NO
- infarto? SI NO
 - crisi di angina? SI NO
 - edema polmonare, insufficienza cardiaca? SI NO
 - aritmie (cuore batte velocemen1e o in modo irregolare)? SI NO
 - soffio al cuore? SI NO
 - svenimenti? SI NO
 - pressione alta? scriva la sua passione: (.....mmHg)
 - con quanti cuscini dorme? SI NO
- 9) Ha o ha avuto problemi polmonari? SI NO
- ha il respiro affannoso? (dopo quanti scalini?.....)

- ha L'enfisema?	SI	NO
- ha l'asma?	SI	NO
- le crisi sono frequenti?	SI	NO
- ha tosse per tutto l'anno?	SI	NO
10) Ha mai presentato un'emorragia per più di 24 ore o che ha richiesto trasfusioni dopo traumi o interventi di tonsille, di appendicite, di sutura di ferite cutanee?	SI	NO
11) Ha mai presentato un'emorragia dopo un'estrazione dentaria tale da rendere necessaria una nuova visita per cure dentarie o mediche?	SI	NO
12) Ha mai visto sangue nelle urine?	SI	NO
13) Chi eventi precedenti (risposte 10, 11, 12) si sono prodotti nei fratelli, genitori e nei parenti materni di sesso maschile?	SI	NO
14) Ha fatto uso, nelle ultime due settimane di farmaci contenenti aspirina o antidolorifici antinfiammatori (Metacen, Voltafen, Feldene, Orudis o simili)?	SI	NO
15) Si è mai verificato un sanguinamento del naso che ha reso necessario un tamponamento per ottenere L'emostasi?	SI	NO
16) Le sedi di puntura venosa sanguinano per più di 15 minuti dopo applicazione di un tampone di ovatta?	SI	NO
17) Soffre di varici?	SI	NO
18) Soffre o ha sofferto di flebiti?	SI	NO
19) Ha il diabete?	SI	NO
20) È in cura od è stato curato/a per malattie del:		
- fegato (epatite, episodio di ittero)?	SI	NO
- rene?	SI	NO
- sangue?	SI	NO
- tiroide?	SI	NO
- sistema gastro-intestinale?	SI	NO

- 21) È in cura od è stato curato/a per:
- mal di testa? SI NO
 - crisi epilettiche? SI NO
- 22) Ha preso o prende farmaci regolarmente?
- la pillola? SI NO
 - tranquillanti o sonniferi? SI NO
 - per dimagrire? SI NO
 - lassativi? SI NO
 - altri? (quali?.....) SI NO
- 23) È o è stato/a esposto/a ai seguenti fattori di rischio?
- emotrasfusioni? SI NO
 - uso di stupefacenti? SI NO
 - rapporti sessuali occasionali? SI NO
 - altro?..... SI NO

D - ANAMNESI ANESTESIOLOGICA

- 24) È mai stato/a sottoposto/a ad anestesia generale? SI NO
- 25) È mai stato/a sottoposto/a ad anestesia periferica?
Specificare.....
- 26) Lei o qualche suo familiare ha avuto problemi legati all'anestesia?
- nausea? SI NO
 - vomito? SI NO
 - cefalea? SI NO
 - risveglio ritardato? SI NO
 - sonnolenza prolungata? SI NO
 - temperatura elevata? SI NO
 - altro?
- Specificare.....

27) Ha protesi dentarie mobili o lenti a contatto?

SI

NO

Se ha qualcosa da segnalare utilizzi lo spazio sottostante:

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

Data:...../...../.....

Firma del paziente (o del tutore)