



Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Gentile paziente,

siamo particolarmente attenti a eseguire l'anestesia nel modo più delicato e, allo stesso tempo, più sicuro possibile. A questo scopo abbiamo bisogno di informazioni sul Suo stato di salute. La preghiamo pertanto di compilare il seguente questionario in modo veritiero e possibilmente completo e di portarlo con sé compilato in occasione del colloquio con l'anestesista.

Se ha dei dubbi sulle singole domande, può chiarirli direttamente in loco con il medico anestesista.

È obbligatoriamente necessario fissare un appuntamento (idealmente almeno 1 settimana prima del colloquio con l'anestesista) con il medico di famiglia nei seguenti casi:

- ✓ se ha un'età superiore a 65 anni;
- ✓ se ha spuntato almeno una casella rossa (grigia);
- ✓ se si deve sottoporre al seguente intervento chirurgico programmato: rimozione totale della prostata, protesi d'anca, protesi di spalla, protesi di ginocchio, sostituzione di una protesi d'anca o di ginocchio.

Altezza:

Peso:

Intervento chirurgico programmato:

Precedenti interventi chirurgici e anestesie:

Quali? Quando?

Si sono verificati problemi durante un'anestesia generale a cui Lei o Suoi consanguinei si sono sottoposti? Se sì, quale?

Stato di salute e capacità fisiche:

Risponda alle seguenti domande e indichi se è o è stata/o in trattamento medico a causa di una o più delle seguenti malattie.

<b>Cervello / nervi / psiche:</b>		
Malattia neurologica (p. es. epilessia, Parkinson, sclerosi multipla, paralisi)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie psichiche (p. es. depressione, stati d'ansia, schizofrenia)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Disturbi della memoria (p. es. demenza)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha mai avuto un ictus?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Polmoni / vie respiratorie:</b>		
Asma	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattia polmonare (p. es. BPCO, fibrosi polmonare, ossigenoterapia domiciliare)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Apnea notturna	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Indossa di notte una maschera per CPAP?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Apparato cardiovascolare:</b>		
Malattie delle arterie coronarie (p. es. angina pectoris, stent, infarto cardiaco)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie delle valvole cardiache	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Aritmie cardiache	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha un pacemaker o un defibrillatore interno?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Pressione arteriosa elevata	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Trombosi e/o embolia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Disturbi circolatori o aneurismi (dilatazioni circoscritte di un'arteria)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Capacità fisiche:</b>		
Riesce a salire 2 piani di scale senza fermarsi e senza manifestare affanno respiratorio o senso di costrizione al torace?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
A volte avverte una sensazione di costrizione od oppressione al torace?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No



Soffre di affanno respiratorio durante l'attività fisica quotidiana?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Sangue / coagulazione del sangue:</b>		
Malattia del sangue (p. es. leucemia, anemia)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Disturbi della coagulazione del sangue (p. es. emorragia prolungata, facile formazione di ematomi, tendenza ad avere trombosi)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Prende medicinali fluidificanti del sangue?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Tratto gastrointestinale:</b>		
Disturbi gastrici (p. es. bruciore di stomaco, reflusso, bypass gastrico, bendaggio gastrico)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie intestinali croniche (p. es. malattia di Crohn, colite ulcerosa)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Fegato:</b>		
Malattie del fegato (p. es. epatite, cirrosi epatica)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Reni:</b>		
Disturbi della funzionalità renale o malattie renali	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Metabolismo:</b>		
Ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diabete	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattia della tiroide (p. es. iperfunzione o ipofunzione)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
È in terapia con cortisone?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Organi di senso:</b>		
Gravi disturbi della vista o dell'udito	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Iperensione oculare	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Apparato locomotore:</b>		
Malattie dell'apparato locomotore (p. es. danni alla colonna vertebrale, ernia del disco, artrite,...)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie muscolari / debolezza muscolare	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<b>Altro:</b>		
È stata/o ricoverata/a in ospedale al di fuori della Svizzera negli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie tumorali	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
È in corso una gravidanza?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha denti mobili / difettosi o protesi dentarie?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Infezioni virali croniche? (p. es. HIV).	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Assume regolarmente medicinali (se sì, li inserisca nell'elenco dei medicinali allegato)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

**Fattori di rischio**

Fuma? Se sì, in che quantità giornaliera?

Beve alcol?  Mai  Occasionalmente  Regolarmente

Se regolarmente, quanto?

Consuma droghe? Se sì, quali?

**Allergie / intolleranze ai medicinali:**

Quali?

Medicamenti/sostanze	Reazione	Quando

**Domande e osservazioni:**


---



---



---

Data:

Firma: