

QUESTIONARIO SULL'ANESTESI

Gentile paziente,
per garantire che l'anestesia sia il più delicata e sicura possibile, le chiediamo gentilmente di rispondere alle seguenti domande sulla sua salute/patologie preesistenti, al meglio delle sue conoscenze. L'anestesista discuterà con lei in dettaglio eventuali domande rimanenti e il supporto anestesilogico raccomandato durante la visita pre-anestesia..

Nome e cognome / Data di nascita _____

Altezza attuale _____ cm Peso attuale _____ kg

Soffri o hai sofferto di una delle seguenti condizioni/sintomi?

Si prega di spuntare/sottolineare/annotare sul retro la voce appropriata.

		Si	No
Allergie	Ad esempio, reazioni a farmaci, mezzi di contrasto, lattice, alimenti, frutta (ad esempio kiwi, ananas), metalli (ad esempio nichel) o gravi effetti collaterali/reazioni avverse ai farmaci . In tal caso, quali:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hai una scheda delle allergie? Inviacene una copia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuore	Ad esempio angina pectoris, infarto, aritmie cardiache (fibrillazione atriale), intervento chirurgico di stent/bypass/valvola cardiaca/pacemaker/defibrillatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressione sanguigna	<input type="checkbox"/> troppo alta <input type="checkbox"/> troppo bassa <input type="checkbox"/> trattata con farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resilienza	Mancanza di respiro/senso di costrizione al petto quando si salgono due rampe di scale o si cammina in salita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polmone	Ad esempio asma, bronchite cronica, BPCO, ossigenoterapia domiciliare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea notturna	OSAS <input type="checkbox"/> con dispositivo CPAP <input type="checkbox"/> senza CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato	Ad esempio ittero, cirrosi epatica, sanguinamento da varici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reni	Ad esempio insufficienza renale, infiammazione, calcoli renali, dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastro-intestinale	Ad esempio ulcera gastrica, reflusso acido, vomito, colite ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> con insulina <input type="checkbox"/> con compresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroide	Ad esempio gozzo, tiroide iperattiva o ipoattiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema nervoso	Ad esempio, epilessia, paralisi, ictus, attacco ischemico transitorio (TIA), vertigini, morbo di Parkinson, emicrania, demenza, depressione, attacchi di panico, claustrofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muscoli	Ad esempio debolezza muscolare, ipertermia maligna, distrofia muscolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheletro	Ad esempio ernia del disco, stenosi spinale, osteoporosi, reumatismi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navi	Ad esempio PAD, occlusione vascolare/aneurisma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangue/Coagulazione	Ad esempio fattore V di Leiden, trombosi, embolia polmonare, malattia di von Willebrand, emofilia, anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tendenza al sanguinamento, ad esempio frequenti lividi inspiegabili, epistassi o sanguinamento delle gengive, sanguinamento post-operatorio/post-parto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hai mai fatto un test di coagulazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezioni	Ad esempio epatite B o C, HIV/AIDS, tubercolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumori	In caso affermativo: quale, quando, quale terapia (chirurgia/chemioterapia/radioterapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema immunitario	Ad esempio malattie autoimmuni, sclerosi multipla, miastenia grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per le donne	È in corso una gravidanza ? In tal caso: Di quante settimane? Qual' è la data prevista del parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si prega di compilare anche il retro. ➔

Consumi o hai consumato regolarmente:		Si	No
Nicotina	In tal caso, quanta al giorno e da quanti anni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcol	In tal caso, in quale quantità, di che tipo, quanto al giorno/settimana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droghe	In tal caso, quali e con quale frequenza al giorno/settimana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hai o hai avuto:		Si	No
Farmaci assunti regolarmente? Elenca i tuoi farmaci in questo questionario / allega un elenco dei farmaci .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci anticoagulanti o antiaggreganti piastrinici? Ad esempio, aspirina, Xarelto/Rivaroxaban, Eliquis, Marcoumar. In tal caso, quali?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prodotti sanguigni , ad esempio concentrati di globuli rossi, negli ultimi 14 giorni?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi chirurgici precedenti? In caso affermativo, quale intervento è stato eseguito/quando:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesi precedenti? Se sì, che tipo di anestesia hai ricevuto?	<input type="checkbox"/> Anestesia generale <input type="checkbox"/> Anestesia parziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi durante l'intervento chirurgico o l'anestesia? Se sì, quali sono stati?:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi dentali: ad esempio, protesi dentarie (complete/parziali), denti allentati/traballanti?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparecchi acustici, lenti a contatto, piercing o metallo nel corpo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricoveri ospedalieri negli ultimi 12 mesi? Se sì, perché?:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esami ECG/cardiografici negli ultimi 6 mesi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esami di laboratorio/del sangue negli ultimi 6 mesi?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attualmente trattamenti/terapie mediche non correlati all'intervento chirurgico programmato? In tal caso, quali:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una direttiva anticipata di trattamento ? Inviacene una copia.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domande per l'anestesista? C'è qualcos'altro che vorresti dirci in anticipo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si prega di confermare l'esattezza delle informazioni di cui sopra con la propria firma.

Data / Firma: _____

Grazie per la collaborazione!

La tua sicurezza è il nostro obiettivo terapeutico più alto! Il tuo team di anestesia

✉ anaesthesie@ksow.ch / ☎ 041 666 40 72