

Gentile paziente,

Le è stato programmato un intervento chirurgico con supporto anestesiologico da parte di un chirurgo presso l'Ospedale Cantonale di Obvaldo.

Noi, l'équipe di anestesia dell'Ospedale Cantonale di Obvaldo, saremo lieti di supportarla durante l'intervento.

Che le venga programmata un'anestesia generale, regionale o locale con supporto anestesiologico (in anestesia locale/sedazione), noi, in qualità di équipe di anestesia, abbiamo bisogno di informazioni sul suo stato di salute per garantire la sua sicurezza.

Pertanto, la preghiamo di compilare il seguente questionario e di consegnarlo allo studio/alla reception del suo chirurgo.

Importante:

Se non siete in grado di rispondere a qualche domanda o se qualcosa non vi è chiaro, vi preghiamo di lasciare la domanda senza risposta.

Discuteremo il questionario in dettaglio con voi durante la vostra visita pre-anestesia e chiariremo eventuali dubbi e domande aperte.

Ci auguriamo di potervi dare presto il benvenuto all'Ospedale Cantonale di Obvaldo.

La vostra sicurezza è la nostra massima priorità.

A nome del team di anestesia



Nadine Krumm
Specialista in Anestesiologia



Prof. Dr. med. Stefan Suttner
Primario Anestesia
Ospedale cantonale di Obvaldo

La preghiamo di conservare questa lettera di presentazione insieme ai suoi documenti.
Per qualsiasi domanda, la preghiamo di contattarci all'indirizzo [✉ anaesthesia@ksow.ch](mailto:anaesthesia@ksow.ch) o
 041 666 40 72

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 anestesiologico 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: 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"/>
Ren	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. 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 assumi 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"/>
Anestesie 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

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