

Questionario sullo stato di salute

Informazioni sull'intervento			
Intervento		Data dell'intervento	
Chirurgo		Durata dell'intervento	
Informazioni sul paziente			
Cognome	Nome	Maschio Femmina	Data di nascita
Via		Località/NPA	
Tel. (privato)		Cellulare	
E-mail		N. AVS	
Cognome e nome dei genitori, se il paziente è minorenne			
Cognome, nome e numero die telefono del legale rappresentante (tutore)			
Cognome, nome, indirizzo e numero di telefono del medico di famiglia			
Comprendo il tedesco (se no, si prega di portare un interprete)			
Ho un testamento biologico (Lo porti con sé il giorno dell'intervento)			
Ho ordini di rianimazione (Lo porti con sé il giorno dell'intervento)			
Altezza		Peso	
Allergie Intolleranze			
Nelle scorse settimane ha ricevuto trattamenti medici? Se sì, per quale motivo?		SÌ	NO
Si è già sottoposto in passato a interventi chirurgici? Se sì, per cosa?		SÌ	NO
Esiste un difetto o una disabilità congenita? Se sì, quale?		SÌ	NO
Se è stato sottoposto ad anestesia, si sono verificati eventi particolari? Se sì, quali?		SÌ	NO
Dopo l'anestesia ha avuto nausea / vomito?		SÌ	NO
Se suoi familiari sono stati sottoposti ad anestesia generale, si sono verificati eventi particolari? Se sì, quali?		SÌ	NO
Ha un raffreddore o la febbre?		SÌ	NO
Soffre di un'altra infezione? HIV Epatite Se sì, quali?		SÌ	NO
Ha già ricevuto in passato una trasfusione di sangue?		SÌ	NO
Potrebbe essere incinta?		SÌ	NO
Riesce a salire 2 piani di scale senza fermarsi?		SÌ	NO
Malattia cardiocircolatoria: Ipertensione arteriosa Coronarie Valvole cardiache Aritmie Altro:		SÌ	NO

Questionario sullo stato di salute

Malattia vascolare: Varici Trombosi Ictus	SÌ	NO
Disturbi della coagulazione del sangue	SÌ	NO
Polmoni e vie aeree: Asma Bronchite cronica Apnea del sonno Se sì → ha un dispositivo per CPAP? sì no	SÌ	NO
Fegato: Epatite Altro:	SÌ	NO
Tratto gastrointestinale o esofago: Reflusso/ eruttazioni acide Altro:	SÌ	NO
Reni: Valori renali elevati? Altro:	SÌ	NO
Metabolismo: Diabete insulin-dependent Régime/médicaments Tiroide Ipertiroidismo Ipotiroidismo	SÌ	NO
Malattie muscolari:	SÌ	NO
Sistema scheletrico: Malattie articolari o problemi alla colonna cervicale	SÌ	NO
Sistema nervoso: Crisi convulsive (epilessia) Emicrania Depressione	SÌ	NO
Ha una protesi dentale o denti allentati?	SÌ	NO
Fa uso regolare di alcol o nicotina?	SÌ	NO
Fa uso di droghe?	SÌ	NO
Assume anticoagulanti? Se sì, quali?	SÌ	NO
Assume altri medicinali? Se sì, quali?	SÌ	NO
Osservazioni		

Data:

Firma: (not required for direct e-mail dispatch)

Voglia tenere presente anche la nostra documentazione informativa per i pazienti:

<https://narkose.ch/it/brochure-informative/>

Confermo di aver compilato questo formulario per la raccolta della mia anamnesi medica al meglio delle mie conoscenze, fornendo informazioni complete e veritiere, e di aver letto e compreso gli opuscoli ricevuti.

Inviatemi questo modulo

- Via e-mail: info-winterthur@narkose.ch (indirizzo protetto da HIN)
- Per posta a: Einsatzplanung narkose.ch, Riedhofstr. 67, 8408 Winterthur

