

Informazioni sull'intervento (compilazione a cura del chirurgo / dello studio)		
Intervento	Durata dell'intervento Min.	Data dell'intervento
Chirurgo		

Informazioni sul debitore (compilazione a cura del chirurgo / dello studio)		
<input type="checkbox"/> Cassa malati	<input type="checkbox"/> SUVA / AI / AM	AI: Indicare n. AI e decisione / n. decisione
<input type="checkbox"/> Paziente pagante	<input type="checkbox"/> Forfait	SUVA: indicare la data dell'infortunio

Informazioni sul paziente (compilazione a cura del paziente)			
Cognome	Nome	Sesso <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	Data di nascita
Via	Località/NPA		
Tel. (lavoro)	Tel. (privato)	Cellulare	
E-mail		N. AVS	
Cognome e nome dei genitori, se il paziente è minorenne			
Cognome e nome del legale rappresentante (tutore)			
Telefono			
Cognome e nome del medico di famiglia			
Conosce il tedesco? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No → Si faccia accompagnare da una persona che parla tedesco			
Ha un testamento biologico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì → Lo porti con sé il giorno dell'intervento			

Informazioni sullo stato di salute (compilazione a cura del paziente ev. con il medico, prima del colloquio con il medico anestesista)	
Altezza in cm	Peso in kg
Nelle scorse settimane ha ricevuto trattamenti medici? Se sì, per quale motivo	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Si è già sottoposto in passato a interventi chirurgici? Se sì, per cosa?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se è stato sottoposto ad anestesia generale o regionale, si sono verificati eventi particolari? Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Dopo l'anestesia ha avuto nausea/vomito?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se suoi familiari sono stati sottoposti ad anestesia generale, si sono verificati eventi particolari? Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
È raffreddato?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ha la febbre?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Soffre di un'altra infezione? Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Ha già ricevuto in passato una trasfusione di sangue?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Potrebbe essere incinta?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Informazioni sullo stato di salute specifiche per organo/apparato (compilazione a cura del paziente ev. con il medico, prima del colloquio con il medico anestesista)

Riesce a salire 2 piani di scale senza fermarsi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Malattia cardiocircolatoria: Ipertensione arteriosa?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Coronarie? Valvole cardiache?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Aritmie?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Altro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Malattia vascolare: Varici? Trombosi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ictus?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Polmoni e vie aeree: Asma o bronchite cronica?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Apnea del sonno? Se sì → ha un dispositivo per CPAP? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Fegato: Epatite	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Altro:	
Tratto gastrointestinale o esofago: Reflusso/eruttazioni acide?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Reni: Valori renali elevati?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Altro:	
Metabolismo: Diabete	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Tiroide	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Malattie muscolari:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sistema scheletrico: Malattie articolari o problemi alla colonna cervicale?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Sistema nervoso: Crisi convulsive (epilessia)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Emicrania o depressione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Allergie: <input type="checkbox"/> Sì → Quali?.....Portare il passaporto delle allergie	
Intolleranze: <input type="checkbox"/> Sì → Quali?	
.....	
Ha una protesi dentale o denti allentati?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Fa uso regolare di alcol o nicotina?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Fa uso di droghe?.....	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Osservazioni personali	
.....	

Informazioni sull'assunzione di medicinali (compilazione a cura del paziente ev. con il medico, prima del colloquio con il medico anestesista)

Assume anticoagulanti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se sì, quali?	
Assume altri medicinali?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se sì, quali?	
.....	
.....	

Voglia tenere presente anche la nostra documentazione informativa per i pazienti

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.
 habe.

Data:

Firma: