

Modulo d'iscrizione per l'anestesia

Praxis Dr. med./med.dent.

Cognome: Nome: Per bambini: nome della madre o del padre: Indirizzo / Nr.: CAP / Paese: Tel priv.::..... Tel. ufficio:	Data di nascita: <input type="checkbox"/> m Statura:cm <input type="checkbox"/> f Peso:.....kg <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	(da compilare dal chirurgo) Operazione: Data: Chirurgo: Durata ca. dell'operazione: Min Particolarità:
Cassa malati <input type="checkbox"/> Pagamento proprio <input type="checkbox"/> Forfettario <input type="checkbox"/>		
SUVA/AI/AM <input type="checkbox"/> Nr. AVS/AI: Succursale: Nr. decisione (AI): Data incidente (SUVA):		

Attualmente soffrite, oppure avete sofferto, di una delle malattie sotto indicate?

	No	Sì	Se sì: quali?
Allergie (gomma (Latex), farmaci, soia, altre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie del cuore (angina pectoris, difetti cardiaci, altre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie cardio-vascolari (ipertensione, artrosclerosi, altre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie dei polmoni (embolie, asma, bronchite, enfisema, altre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie del fegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemia, tendenza a emorragie (disturbi della coagulazione, altre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie dei reni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie del metabolismo (tiroide. diabete, gotta, altre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie dello stomaco, acidità ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie dei nervi (epilessia, altre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie dei muscoli (distrofia muscolare, altre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È già stato operato? Cosa? Quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se sì, vogliate indicarci quale operazione e quale tipo di anestesia ha avuto:			
In quella occasione sono sorte delle complicazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sì, quali?

Senza tener conto del male attuale, vi sentite malato? no si Perché?

Attualmente ingerite dei medicinali ? no sí Quali?

Consumate regolarmente, tabacco, alcohol o droghe? no si Quanto?

Avete delle predisposizioni ereditarie oppure delle condizioni che limitano l'effetto della narcosi? no si Quali?

Attualmente potreste essere incinta? no si