



Cognome e nome	_____
Data di Nascita	_____
Peso Kg.	_____
Telefono	_____
Cellulare	_____
Mail:	_____

## Questionario anamnestico pre ricovero

Se il questionario dovesse risultare difficile da compilare, La preghiamo di farsi aiutare da un familiare o se necessario dal proprio Medico curante.

**E' indispensabile per una corretta valutazione anestesiológica, portare la documentazione sanitaria in possesso di precedenti ricoveri. (Senza tale documentazione la visita anestesiológica non può essere conclusa)**

Nome medico curante:.....

Digestione:  regolare  con disturbi (specificare).....

Come va di corpo?  regolare  con disturbi (specificare).....

Come urina?  regolare  con disturbi (specificare).....

Fumo  Si  No quante sigarette.....

Alcool  Si  No consumo giornaliero stimato:.....

Dipendenze da droghe  Si  No specificare.....

Ha mai avuto emorragie, sanguinamenti importanti dopo estrazioni dentarie o anche semplici ferite, sanguinamenti dal naso, facilità agli ematomi? Si  No

E' stato sottoposto a trasfusioni? Se SI specificare Si  No

**Soffre di allergie? Si  No  Se Si a cosa?.....**

**come si manifestano?  difficoltà respiratoria/asma  prurito/macchie  altro (specificare).....**

E' affetto da malattie cardiache? Si  No

Ipertensione arteriosa Si  No

Varici Si  No

Ha mai avuto trombosi venose? Si  No

Portatore di:  Pace Maker  Defibrillatore - Se Si portare tutta la documentazione al prericovero Si  No

E' affetto da malattie broncopolmonari? Se Si portare tutta la documentazione al prericovero Si  No

E' affetto da malattie virali trasmesse con sangue:  Epatite B  Epatite C  HIV  altro Si  No

E' affetto da Diabete? Si  No

E' affetto da Ipo- Ipertiroidismo Si  No

E' affetto da Glaucoma? Si  No

Ha avuto traumi e/o incidenti negli ultimi mesi? Se Si portare tutta la documentazione al prericovero Si  No

Ha mai avuto disturbi:  visivi  memoria  equilibrio  problemi cerebrali  convulsioni Si  No

Se Si portare tutta la documentazione al prericovero

E' a conoscenza di malattie della coagulazione sua o di un familiare che possono facilitare una trombosi Si  No

**Per le donne: vi è la possibilità che sia attualmente gravida? Si  No**



## Casa di Cura Figlie di S. Camillo

via Fabio Filzi, 56 - 26100 Cremona

Preriveri: 0372/421141

Poliamulatorio: 0372/421272

Coord: 0372/421460

poliambulatorio.cr@figliesancamillo.it

**E' NECESSARIO SPECIFICARE CORRETTAMENTE I TIPI DI FARMACI IN USO, IL LORO DOSAGGIO E ORA DI ASSUNZIONE.**

Nome farmaco	Dosaggio	Orario di assunzione

**E' NECESSARIO SPECIFICARE NEL DETTAGLIO TUTTI GLI INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI ANCHE QUELLI APPARENTEMENTE MINORI E IN ANESTESIA LOCALE**

Interventi	Anno

Altre osservazioni da parte del paziente:.....  
.....  
.....  
.....

Data.....

Firma.....