

Adesivo di Identificazione Paziente

REPARTO DI ANESTESIA
E MEDICINA INTENSIVA
KLINIK IM PARK
SEESTRASSE 220
8027 ZURIGO
T 044 209 22 71
narkose.impark@hirslanden.ch

QUESTIONARIO DI PREPARAZIONE ALL'ANESTESIA

Compilare su fronte e retro, segnare con una crocetta la risposta pertinente e sottolineare i termini opportuni o menzionarli.

Cognome _____ Data di nascita _____

Nome _____ Statura _____ Peso _____

OPERAZIONE PREVISTA

A quale intervento deve sottoporsi? _____

Chi la opera? _____

Data prevista per l'operazione? _____

Negli ultimi 12 mesi è stato effettuato un «check-up»? _____ sì no

In caso affermativo, da che medico? _____

OPERAZIONI PRECEDENTI FORMA DI ANESTESIA:

Quando? _____ totale

Tipo di intervento? _____ parziale

Quando? _____ totale

Tipo di intervento? _____ parziale

Quando? _____ totale

Tipo di intervento? _____ parziale

Quando? _____ totale

Tipo di intervento? _____ parziale

In tali occasioni, sono insorti sì no

problemi di tipo anestesilogico?

Se sì, quali? _____

Sono insorti disturbi sì no
dopo l'anestesia?

Nausea/vomito, vertigini, brividi, difficoltà respiratorie,
mal di gola e difficoltà alla deglutizione, cefalea,
difficoltà uditive, disturbi emotivi, emorragie?

Altro? _____

Si sono verificati problemi sì no
anestesiologici in parenti consanguinei?

Se sì, quali? _____

DOMANDE GENERALI

Si è sottoposto/a a cure sì no
mediche recentemente?

Se sì, perché? _____

Fuma regolarmente? sì no

Se sì, quanto? _____

Beve regolarmente alcolici? sì no

Se sì, quanto? _____

Ha assunto o assume droghe? sì no

Se sì, quali? _____

Potrebbe essere incinta? sì no

Ha già avuto una trasfusione sì no
di sangue?

Negli ultimi 3 mesi sì no

Ha sopportato bene la trasfusione? sì no

Porta una protesi dentaria? sì no

Protesi rimovibile, denti artificiali,
impianti, capsula dentaria

Ha denti poco saldi o traballanti? sì no

Porta un apparecchio acustico? sì no

Porta un pacemaker sì no
o un defibrillatore?

È STATO/A O È TUTTORA AMMALATO/A AI SEGUENTI ORGANI E/O APPARATI?

Compilare, segnare con una crocetta la risposta pertinente e sottolineare i termini opportuni.

Cuore sì no

Infarto del miocardio, angina pectoris, difetto cardiaco, disturbi del ritmo, infiammazioni del muscolo cardiaco, dispnea durante gli sforzi o in posizione sdraiata

oppure _____

Circolazione sì no

Pressione sanguigna alta o bassa

oppure _____

Vasi sì no

Disturbi della circolazione, varici, trombosi

oppure _____

Polmoni e vie respiratorie sì no

Polmonite, tubercolosi, pneumoconiosi, enfisema polmonare, asma, bronchite cronica, embolia polmonare, tosse/espettorazione

oppure _____

Esofago, stomaco, intestino, fegato, colecisti sì no

Bruciore di stomaco, vomito frequente, ulcera, problemi di digestione, calcoli biliari, epatite

oppure _____

Metabolismo sì no

Diabete, gotta, tiroide, lipidi elevati

oppure _____

Malattie Infettive sì no

Epatite, HIV

oppure _____

Reni e vie urinarie sì no

Calcoli renali, infezioni, valori renali elevati, dialisi, cistiti

oppure _____

Occhi sì no

Cataratta, glaucoma, differenza pupillare, disturbi visivi, debolezza della vista

oppure _____

Apparato locomotore sì no

Malattie articolari, dolori alla schiena, danni posturali, dolori alle spalle o alle braccia

Lei o un suo consanguineo soffre o ha sofferto di malattie muscolari? sì no

Sangue sì no

Disturbi della coagulazione (epistassi o emorragie gengivali frequenti, lividi), anemia, mestruazioni molto forti, altri forti emorragie

oppure _____

Sistema nervoso sì no

Colpo apoplettico o attacco ischemico transitorio, epilessia, paralisi, disturbi della sensibilità, perdita di memoria, difficoltà di concentrazione, cefalea, emicrania

oppure _____

Umore: depressione sì no

oppure _____

Allergia sì no

Raffreddore da fieno, asma, allergia a farmaci, lattice, prodotti alimentari, iodio, cerotti, agenti di contrasto, cosmetici, metalli

oppure _____

Attualmente assume farmaci? sì no

Portare all'ospedale tutti i farmaci in uso

Quali? _____

Altre malattie non elencate o particolarità?

Con la presente confermo di avere compilato tutti i dati in modo corretto. Ho letto la brochure per l'anestesia e il foglio informativo. La legge svizzera prescrive che il paziente debba ricevere le informazioni necessarie almeno 1-3 giorni prima dell'intervento (in base al tipo di intervento). Pertanto, ci permetteremo di convocarla, se possibile, presso la nostra consulenza anestesiologicala.

Luogo _____

Data _____

Firma del/la paziente _____

La preghiamo di compilare il questionario e inviarlo alla clinica insieme a tutta l'altra documentazione.

Se l'intervento fosse stato programmato con pochissimo preavviso, la preghiamo di voler portare con sé il questionario (o una copia di esso) in occasione dell'ingresso in clinica o della consulenza anestesiologicala.