

# QUESTIONARIO ANESTESIOLOGICO PREOPERATORIO

Da compilare insieme al Medico di Medicina Generale

INVIARE compilato all'anestesista: [anestesia.severino@gmail.com](mailto:anestesia.severino@gmail.com)

<b>COGNOME</b>			
<b>NOME</b>			
<b>LUOGO DI NASCITA</b>		<b>DATA DI NASCITA</b>	
<b>PESO</b>		<b>ALTEZZA</b>	<b>SESSO</b>
<b>RECAPITI TELEFONICI</b>			

<b>ALLERGIE</b>		
E' allergico a FARMACI? Quali?	SI	NO
E' allergico al LATTICE?	SI	NO
E' allergico a METALLI, NICHEL, BIGIOTTERIA?	SI	NO
E' allergico ai CEROTTI?	SI	NO
E' allergico ad ALTRE SOSTANZE o ALIMENTI? Quali?	SI	NO

<b>TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO</b> (Se non si assume nessuna terapia indicarlo)
<b>FARMACO - dosaggio - posologia</b>

Data di compilazione

FIRMA DEL PAZIENTE

<b>ANAMNESI</b>		
E' o potrebbe essere in stato di gravidanza?	SI	NO
Fuma? Quante sigarette al giorno?	SI	NO
Beve alcolici? Se sì specificare:	SI	NO
E' in cura o è stato curato per malattie dell'apparato cardiovascolare? Se sì quali?	SI	NO
E' in cura o è stato curato per malattie dell'apparato respiratorio? Se sì quali?	SI	NO
E' in cura o è stato curato per malattie dell'apparato digerente? Se sì quali?	SI	NO
E' in cura o è stato curato per malattie renali o urologiche (es.cistiti, prostatiti)? Se sì quali?	SI	NO
E' in cura o è stato curato per malattie ematologiche? Se sì quali?	SI	NO
E' in cura o è stato curato per malattie della tiroide? Se sì quali?	SI	NO
E' in cura o è stato curato per malattie del sistema nervoso (centrale o periferico)? Se sì quali?	SI	NO
E' in cura o è stata curato per malattie vascolari arteriose o venose (trombosi, flebiti)? Se sì quali?	SI	NO
E' in cura per il diabete?	SI	NO
E' o è stato in cura con farmaci immunosoppressori? Se sì, quali?	SI	NO
E' stato sottoposto ad anestesia generale?	SI	NO
E' stato sottoposto ad anestesia locale o anestesia spinale?	SI	NO
Ha avuto complicanze alle anestesi generali o locali o spinali? Se sì quali?	SI	NO
Sa di essere o essere stato positivo ai virus HBV, HCV, HIV o SARS2-Covid-19? Se sì, specificare:	SI	NO
E' a conoscenza di avere deficit della coagulazione?	SI	NO
Hai mai avuto emorragie dopo estrazioni dentarie o interventi chirurgici?	SI	NO
Ha avuto malattie di recente o infezioni negli ultimi due mesi (es. ascesso dentario o cistite)? Se sì, quali?	SI	NO
E' stato sottoposto negli ultimi mesi ad estrazioni dentarie o procedure odontoiatriche? Se sì, quando?	SI	NO
A quali interventi chirurgici è stato sottoposto? Specificare:		

Data di compilazione

FIRMA DEL PAZIENTE