

## QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

## UO Endoscopia

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>					
Data di nascita: _____	Età: _____	Sesso:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Peso: _____ kg	Altezza: _____ cm
Numero telefono						
Esame previsto						

- **Dispone di un accompagnatore con auto o di un taxi**

No  Sì

### QUESTIONARIO

#### PER LE DONNE:

- È possibile che sia in gravidanza?

- **Ha protesi dentarie?**  No  Sì  Fisse  Mobili  Superiore  Inferiore  
Se sì, quali e quando? \_\_\_\_\_

- **Fa o ha fatto uso di Tabacco / Alcool / Stupefacenti?**  No  Sì  
Se sì, quali e quando? \_\_\_\_\_

- **Sa di essere allergico ai farmaci?**  No  Sì Se sì,

- Elenchi i farmaci \_\_\_\_\_
- Quali sintomi ha presentato? \_\_\_\_\_
- Segnali eventuali allergie non farmacologiche \_\_\_\_\_

- **Ha mai avuto problemi con la coagulazione del sangue?**  No  Sì

*Se sì descriva i problemi:*

- **Soffre di apnee notturne?**  No  Sì

- **Assume farmaci antiaggreganti?**  No  Sì Farmaco: \_\_\_\_\_ Sospeso in data: \_\_\_\_\_

- **Assume farmaci anticoagulanti?**  No  Sì Farmaco: \_\_\_\_\_ Sospeso in data: \_\_\_\_\_

- **Soffre o ha sofferto di qualche problema di**

- **Cuore**  No  Sì Se sì, quali e quando?
- **Respirazione**  No  Sì Se sì, quali e quando?
- **Ipertensione**  No  Sì Se sì, quali e quando?
- **Circolazione del sangue**  No  Sì Se sì, quali e quando?
- **Fegato**  No  Sì Se sì, quali e quando?
- **Reni**  No  Sì Se sì, quali e quando?
- **Sistema nervoso**  No  Sì Se sì, quali e quando?
- **Ghiandole**  No  Sì Se sì, quali e quando?
- **Segnali eventuali patologie non elencate**  No  Sì Se sì, quali e quando?

Cognome Nome ..... Data nascita .....

- Assume farmaci?  No  Sì *Se sì, quali, a che ora?*

Ora	Farmaco	Ora	Farmaco

- Ha mai avuto interventi chirurgici?  No  Sì *Se sì, elenchi quali e quando?*

Anno	Intervento	Anno	Intervento

- Ha mai avuto problemi con l'anestesia o la sedazione?  
Se sì , quali?  No  Sì

- Qualche suo familiare diretto ha mai avuto problemi con l'anestesia o la sedazione?  
Se sì , quali?  No  Sì

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il Medico \_\_\_\_\_