

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

UO Endoscopia

Cognome	Nome
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**

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?

☐ No ☐ Sì

Se sì, quali?

▪ Qualche suo familiare diretto ha mai avuto problemi con l'anestesia o la sedazione?

☐ No ☐ Sì

Se sì, quali?

Data Firma

Il Medico

ATTENZIONE: SI RICORDI DI PORTARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA