

Egregio Dottore,
 le chiediamo cortesemente, al fine di favorire un miglior percorso operatorio al suo assistito, di compilare il seguente questionario:

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____

Interventi chirurgici pregressi se SI specificare	SÌ	NO	Complicanze per le anestesie se SI specificare	SÌ	NO
Lenti a contatto	SÌ	NO	Fumatore	SÌ	NO
			Quante sigarette al giorno		
Allergie se SI specificare			Farmaci utilizzati regolarmente, specificare	SÌ	NO
Lattice	SÌ	NO			
Altro, specificare farmaci e/o sostanze	SÌ	NO			

MALATTIE PREGRESSE E/O ATTUALI

CARDIOCIRCOLATORIE			RESPIRATORIE		
Iperensione	SÌ	NO	Asma	SÌ	NO
Ischemia/IMA	SÌ	NO	Bronchite	SÌ	NO
Aritmie	SÌ	NO	Polmonite	SÌ	NO
Scopenso cardiaco	SÌ	NO	Enfisema	SÌ	NO
Valvulopatie	SÌ	NO	Apnee notturne	SÌ	NO
Altro, specificare	SÌ	NO	Ossigeno domiciliare	SÌ	NO

ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE

Diabete	SÌ	NO	Trombosi	SÌ	NO
Anemia	SÌ	NO	Embolia	SÌ	NO
Ictus cerebrali	SÌ	NO	Affanno	SÌ	NO
Epilessia	SÌ	NO	Sordità	SÌ	NO
Ansia	SÌ	NO	Coagulopatia	SÌ	NO
Depressione	SÌ	NO	Muscolari	SÌ	NO
Neurologici	SÌ	NO	Epatite	SÌ	NO
Paralisi/paresi	SÌ	NO	Altro	SÌ	NO

Data _____ Timbro e Firma del Medico Curante _____

Mod./ASST