

*Servizio di endoscopia digestiva*  
**QUESTIONARIO PRE-ENDOSCOPICO**

Cognome e nome .....

Età ..... altezza ..... peso ..... professione .....

Indirizzo ..... tel.....

Medico di famiglia DR.....

**Di quali malattie soffre o ha sofferto?**

Attacco cardiaco/infarto?  SÌ  NO

Pressione elevata?  SÌ  NO

Asma bronchiale?  SÌ  NO

Allergie?  SÌ  NO

Epilessia/convulsioni?  SÌ  NO

Ictus cerebrale?  SÌ  NO

Calcolosi urinaria?  SÌ  NO

Diabete?  SÌ  NO

Epatite virale?  SÌ  NO

Tumori?  SÌ  NO

Cirrosi epatica?  SÌ  NO

Interventi chirurgici?  SÌ  NO

**Se si specificare** .....

.....

.....

**Precedenti esami endoscopici** .....

.....

**Attualmente presenta uno di questi disturbi:**

Dolore toracico?  SÌ  NO

Difficoltà di respiro?  SÌ  NO

Palpitazioni?  SÌ  NO

Tosse?  SÌ  NO

**Per favore scriva il nome dei farmaci che assume**

.....

.....

Ha protesi dentaria?  SÌ  NO

**Eventuali altre notizie utili** .....

.....

.....

.....

## VALUTAZIONE ANAMNESTICA PER LA SEDAZIONE

### Di quali malattie soffre o ha sofferto?

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Soffre di epilessia?                                     | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Assume farmaci neurologici o sedativi?                   | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di asma?  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di bronchite?                                     | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| È fumatore?  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Russa quando dorme?                                      | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| È iperteso?  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| È cardiopatico?  | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| È diabetico?   | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di tiroide?                                       | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di malattie epatiche?                             | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Assume bevande alcoliche?                                | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>Soffre di allergie?</b>                               | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>È allergico a sostanze farmacologiche o chimiche?</b> | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| <b><u>È allergico al LATTICE?</u></b>                    | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Soffre di glaucoma?                                      | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| È mai stato sottoposto ad anestesia?                     | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Ha mai avuto problemi con l'anestesia?                   | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| Precedenti esami endoscopici con sedazione?              | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |

**Se si specificare:** .....

**Per favore scriva il nome dei farmaci che assume** .....

.....

Data.....**Firma del paziente** .....

*A cura del Medico Curante e/o dello stesso Paziente*