

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 |
| Soffre di allergie? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| È allergico a sostanze farmacologiche o chimiche? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| <u>È allergico al LATTICE?</u> | <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