



Data _____

PAZIENTE: Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Peso _____ Altezza _____

1) Pregressi interventi chirurgici? SI NO

Se sì, quali?

2) Problemi con l'anestesia (generale o anestesia locale)? SI NO

Se sì, quali?

3) Patologie in atto:

Respiratorie? (segnare in particolare asma, bronchiti, polmoniti, enfisema, BPCO) SI NO

Se sì, quali e terapia in atto

Cardiache? (segnare in particolare scompenso, infarto pregresso, aritmie, ipertensione, valvulopatie, portatore di PMo ICD, anomalie ECG:BBsx, FA) SI NO

Se sì, quali e terapia in atto

Renali? (segnare in particolare insufficienza renale – creatina>2 – dialisi)

SI

NO

Se sì, quali e terapia in atto

Gastroenterologiche ed epatiche?

SI

NO

Se sì, quali e terapia in atto

Ematologiche? (anemie, leucemie, disturbi della coagulazione, etc.)

SI

NO

Se sì, quali e terapia in atto

Del sistema nervoso centrale? (segnare in particolare TIA, ictus, epilessia, Alzheimer, Parkinson)

SI

NO

Se sì, quali e terapia in atto

4) È diabetico?

SI

NO

Se sì, terapia in atto?

5) È allergico?

SI

NO

Se sì, specificare allergene e manifestazioni

6) Terapia in atto:

7) Fumo SI NO

8) Gravidanza in corso SI NO

9) Glaucoma SI NO

Compilatore:

paziente

Firma: _____

medico curante Cognome e Nome _____ tel. _____

Firma e timbro: _____