| Servizio di Anestesia<br>Resp. Dott.ssa S. Carrer<br>sara.carrer@grupposandonato.it | SPAZIO ETICHETTA | Istituto Clinico Villa Aprica<br>Gruppo San Donato | Codice | M-7522-01/A |
|---|---|---|---|---|
| | | | Revisione | REV 02 |
| | | | Data | 13/02/2023 |

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PRE-OPERATORIA**

Nome e Cognome:_____ Numero Telefonico:_____
Età_____ Peso:_____ Altezza:_____
Intervento:_____ Programmato il:_____
Data del Prericovero:_____

**SEGNARE CON X NELLA CASELLA CORRISPONDENTE O SCRIVERE IN STAMPATELLO**

**È affetto da:**

- ☐ Diabete
- ☐ Ipertensione arteriosa
- ☐ Pregresso infarto
- ☐ Vizio valvolare
- ☐ BPCO
- ☐ Asma
- ☐ O2 terapia – CPAP
- ☐ Epatiti
- ☐ altro……..
- ☐ nulla

**Assume regolarmente dei farmaci?**

-Se si quali? (indicare nome del farmaco, dosaggio, orario di assunzione)

……
……
……
……

**Sa di essere allergico:** ☐ **NO**

- ☐ Metalli (Nickel
- ☐ Lattice
- ☐ Farmaci
- ☐ Allergia Ambientali
- ☐ Allergia Alimentari

**Quali sintomi accusa**

- ☐ Reazione Cutanea
- ☐ Edema delle labbra
- ☐ Edema della glottide
- ☐ Shock Anafilattico

**Ha protesi dentarie / denti**

- ☐ Fisse
- ☐ Mobili:
- ☐ Superiore
- ☐ Inferiore
- ☐ Denti precari/provvisori

**Soffre di vene varicose?**

- ☐ Si
- ☐ no

**Quante sigarette fuma in un giorno**?.....**Da quanto tempo**?.....
Ex fumatore? .....Da quanto?.....

**Con quanti cuscini dorme**?.....

**Riesce a salire un piano di scale?**

- ☐ Si
- ☐ No

**Ha mai accusato dolore toracico, extrasistoli, senso di soffocamento o affanno?** ☐ **NO** ☐ **si**

**È mai svenuto nell'ultimo anno?** ☐ **NO** ☐ **si**

Ha mai avuto problemi di coagulazione del sangue con emorragie dopo estrazioni dentarie o un sanguinamento dal naso tale da rendere necessarie cure mediche?

**Soffre di malattie neurologiche?** ☐ **NO**

- ☐ Parkinson
- ☐ Demenza Senile
- ☐ Epilessia
- ☐ ernie discali A che livello_____

**Ha subito interventi chirurgici?**
-Se si, quali e in che anno
.....
.....

**È mai stato sottoposto ad anestesia generale?**

- ☐ Si
- ☐ No

È mai stato sottoposto ad anestesia locale?

- ☐ Si
- ☐ no

**Ha mai avuto problemi anestesiologici o chirurgici in seguito ad interventi già effettuati?**

- ☐ NAUSEA
- ☐ VOMITO
- ☐ CEFALEA
- ☐ TARDO RISVEGLIO
- ☐ DIFFICOLTA' DI INTUBAZIONE

**Qualcuno in famiglia soffre di malattie neuromuscolari?**
**Quando ha avuto l'ultimo ciclo mestruale?**
**Sospetta una gravidanza?**
ALTRO:.....

Data_____ Firma del paziente _____