

Servizio di Anestesia Resp. Dott.ssa S. Carrer sara.carrer@grupposandonato.it	SPAZIO ETICHETTA		Codice	M-7522-01/B
			Revisione	REV 01
			Data	06/03/2023

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PRE-OPERATORIA PAZIENTE PEDIATRICO**

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ Numero Telefonico genitore : \_\_\_\_\_  
 Età \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altezza: \_\_\_\_\_  
 Intervento: \_\_\_\_\_ Programmato il: \_\_\_\_\_  
 Data del Prericovero: \_\_\_\_\_

<b>SEGNARE CON X NELLA CASELLA CORRISPONDENTE O SCRIVERE IN STAMPATELLO</b>	
<b>È affetto da qualche malattia?</b> ..... .....	
<b>Assume regolarmente dei farmaci?</b> -Se si quali? (indicare nome <u>del farmaco, dosaggio, orario di assunzione</u> ) ..... .....	
<b>Sa di essere allergico:</b> <input type="checkbox"/> Metalli (Nickel)    Altro:..... <input type="checkbox"/> Lattice <input type="checkbox"/> Farmaci..... <input type="checkbox"/> Allergia Ambientali..... <input type="checkbox"/> Allergia Alimentari..... <input type="checkbox"/> Nessuna Allergia Nota	
<b>Quali sintomi accusa in caso di allergia alle sostanze sopra indicate:</b> <input type="checkbox"/> Reazione Cutanea <input type="checkbox"/> Edema delle labbra <input type="checkbox"/> Edema della glottide <input type="checkbox"/> Shock Anafilattico <input type="checkbox"/> Altro	
<b>Ha denti mobili?</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <b>Ha l'apparecchio fisso?</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
<b>Ha avuto ricoveri ospedalieri? Per quali motivo?</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Motivo:.....	
<b>Ha subito interventi chirurgici? ?</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <b>Se sì, quali e a che età</b> ..... .....	
<b>È mai stato sottoposto ad anestesia generale?</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
<b>È mai stato sottoposto ad anestesia locale, anche dal dentista?</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
<b>Ha mai avuto problemi conseguenti alle anestesiani somministrate?</b> <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Tardo risveglio <input type="checkbox"/> Difficoltà di intubazione                                      Altro:.....	

Servizio di Anestesia Resp. Dott.ssa S. Carrer sara.carrer@grupposandonato.it	SPAZIO ETICHETTA	 <b>Istituto Clinico Villa Aprica</b> Gruppo San Donato	Codice	M-7522-01/B
			Revisione	REV 01
			Data	06/03/2023

<b>Effettua regolarmente le visite dal pediatra?</b> <input type="radio"/> SI    ultima data ..... <input type="radio"/> NO
<b>Pratica attività sportiva?</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <b>Ha effettuato nell'ultimo anno la visita medica per idoneità sportiva?</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <b>Se si, se possibile, allegare certificato</b>
<b>Ha mai accusato dolore toracico, tachicardia, senso di soffocamento o affanno?</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

<b>Quando ha avuto l'ultimo ciclo mestruale?</b> <b>Sospetta una gravidanza?</b>  ALTRO:.....     <b>È mai svenuto nell'ultimo anno?</b> <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
--

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

