



SCHEDA ANAMNESTICA PREOPERATORIA

COGNOME..... NOME.....

NATO/A A IL

INTERVENTO PREVISTO..... DATA.....

ETA' PESO (Kg) ALTEZZA (cm)

1. Si è mai sottoposto a **cure mediche**? SI NO
Per quale motivo?.....
 2. Soffre di **raffreddore**?SI NO
 3. Ha avuto **diarrea e/o vomito**
nelle ultime tre settimane? SI NO
 4. Ha contratto **l'infezione da Covid-19** SI NO
Ha effettuato il **vaccino anti Covid-19** SI NO
Quando e quale?
 5. Ha mai avuto **malattie infettive**?SI NO
Se si quali?
 6. Sono attualmente presenti? SI NO
 6. Ha subito altri **interventi chirurgici**? SI NO
Indicare l'anno e il tipo di intervento.....
 7. Ha sofferto di **disturbi dopo un'anestesia generale, regionale o locale**?SI NO
Se si quali?
 8. Ha avuto **trasfusioni di sangue** o componenti del sangue?SI NO
Se si quando?
 9. Si sono verificate complicazioni?SI NO
 9. **Per le pazienti:** vi è la possibilità che sia **attualmente in gravidanza**? SI NO
Soffre o ha sofferto in passato delle seguenti malattie?
 1. **Apparato cardiocircolatorio:**
aritmie, malformazioni cardiache, ipertensione, ipotensione, angina pectoris, infarto miocardico, stenosi aortica.....SI NO
 2. **Sistema vascolare:** varici, trombosi, disturbi della circolazioneSI NO
 3. **Apparato respiratorio:** bronchite cronica, asma, enfisema polmonare, polmonite, tubercolosi, apnee notturneSI NO
 4. **Fegato:** ittero, cirrosi epatica, calcoli biliari, epatite viraleSI NO
 5. **Reni:** nefrite, calcoli renali, elevati valori di creatinina, necessità di dialisiSI NO
 6. **Apparato digerente:** ulcera, stenosi, disturbi della digestioneSI NO
 7. **Metabolismo:** diabete, gottaSI NO
 8. **Tiroide:** ipotiroidismo, ipertiroidismo, gozzoSI NO
 9. **Apparato scheletrico:** malattie articolari, sindrome spalla-mano, discopatie vertebrali, malformazioni della colonna cervicale...SI NO
 10. **Sistema nervoso/Psiche:** epilessia, paralisi, depressioneSI NO
 11. **Occhi:** lenti a contatto, cataratta, glaucomaSI NO
 12. **Sangue:** coagulopatie (anche nei consanguinei), frequente sanguinamento dal naso, lividi spontanei o da lieve pressione, emorragia da intervento chirurgico ... SI NO
 13. **Muscolatura:** malattie muscolari, debolezza muscolare (anche nei consanguinei) ..SI NO
 14. **Allergie:** a sostanze naturali (pollini, polvere, ecc), ad alimenti, sostanze chimiche, farmaci, cerotti, guanti di gomma, lattice, altro.....SI NO
 15. **Altre malattie, handicap o invalidità**.....SI NO
 16. **Protesi dentale mobile o carie**SI NO
 17. **Sordità, apparecchio acustico**SI NO
 18. **Fuma**SI NO
Se si, indicare cosa e quanto al giorno
 19. Beve alcoliciSI NO
Se si, quali ed in quale quantità
 20. Assume frequentemente **sonniferi, calmanti, sedativi**SI NO
Se si, quali ed in quale dose
 21. Fa o ha fatto **uso di sostanze stupefacenti**SI NO
Se si, quali
 22. Oltre a quelle citate, **presenta altre malattie o problemi di salute**? SI NO
Se si, quali
 23. **Quali farmaci assume?**.....
- Firma dell'utente.....
Firma dell'anestesista.....