Policlinico di Monza
Istituto ad Alta Specializzazione

Sistema Sanitario Regione Lombardia

SERVIZIO DI ANESTESIA - VALUTAZIONE PRE-OPERATORIA

Il presente questionario permetterà al medico anestesista che avrà cura di Voi in Sala Operatoria, di praticare il tipo di anestesia più adatto al Vostro caso:

Cognome ..... Nome .....

Peso: Kg. ..... Altezza: ..... Età: .....

ATTIVITÀ FISICA ABITUALE

scarsa ☐ moderata ☐ intensa ☐

	SI	NO
☐ siete in grado di salire le scale:	☐	☐
☐ numero di piani:	☐	☐

AVETE:

	SI	NO
☐ una protesi dentaria?	☐	☐
☐ lenti a contatto?	☐	☐
☐ rigidità ai movimenti della testa e/o del collo?	☐	☐
☐ difficoltà ad aprire completamente la bocca?	☐	☐
☐ un deficit congenito od acquisito?	☐	☐

ANAMNESI FAMILIARE

Nella Vs famiglia qualcuno:

	SI	NO
1. Ha tendenza al sanguinamento?	☐	☐
2. Ha avuto reazioni insolite dopo un'anestesia?	☐	☐
3. Ha avuto febbre durante e dopo un intervento chirurgico?	☐	☐

ANAMNESI PERSONALE

	SI	NO
☐ Siete soggetti ad allergie?	☐	☐
Se SI' a che cosa?		
Che tipo di reazione avete avuto?		
☐ Bevete tutti i giorni vino e/o alcolici?	☐	☐
☐ Avete mai avuto sindromi da astinenza alcolica?	☐	☐
☐ Fumate? Se SI', quante sigarette al giorno?	☐	☐ .....
☐ Avete già avuto trasfusioni di sangue?	☐	☐
☐ Rifiutate trasfusioni di sangue in ogni caso?	☐	☐
☐ Avete il dubbio di essere attualmente in gravidanza?	☐	☐

AVETE SOFFERTO DI ..... E SE SÌ, QUANDO?

	SI	NO
☐ Ipertensione arteriosa	☐	☐
☐ Malattie cardiache	☐	☐
☐ Turbe del ritmo	☐	☐

CONTINUA SUL RETRO

☐ Angina pectoris	☐	☐
☐ Difficoltà del respiro	☐	☐
☐ Asma bronchiale	☐	☐
☐ Embolia polmonare	☐	☐
☐ Bronchite cronica	☐	☐
☐ Tubercolosi	☐	☐
☐ Malattie del tubo digerente (ulcera - gastrite ...)	☐	☐
☐ Malattie renali - vescicali - prostatiche	☐	☐
☐ Diabete	☐	☐
☐ Malattie della tiroide	☐	☐
☐ Malattie del sangue (anemia ...)	☐	☐
☐ Varici o flebiti	☐	☐
☐ Malattie del sistema nervoso	☐	☐
☐ Malattie psichiatriche (ansia - depressione ...)	☐	☐
☐ Epilessia	☐	☐
☐ Malattie vascolari cerebrali (ictus)	☐	☐
☐ Malattie reumatiche	☐	☐
☐ Glaucoma	☐	☐
☐ Malattie durante la gravidanza	☐	☐
☐ Tossicomania	☐	☐

☐ Altre malattie .....

☐ Siete stati ricoverati per altre ragioni? .....

.....

AVETE GIÀ SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI? SE SÌ, DI COSA E QUANDO?

.....

.....

A CHE TIPO DI ANESTESIA SIETE STATI SOTTOPOSTI? generale ☐ locale ☐

AVETE AVUTO DELLE REAZIONI INSOLITE O COMPLICANZE SÌ ☐ NO ☐

In relazione all'anestesia? risveglio ritardato ☐ febbre ☐ paralisi ☐

vomito ☐ problemi di respiro ☐ altri ☐

FARMACI CHE ASSUMETE ABITUALMENTE O ASSUNTI RECENTEMENTE

.....

.....

Necessita di comunicazioni riservate all'anestesista? SÌ ☐ NO ☐

Data ..... *Firma* .....