

Unidad de Gestión Clínica  
Anestesiología y Reanimación.  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

**QUESTIONARIO ANESTETICO**

Nome:

Eta:

Peso:

Altezza

Data:

La preghiamo di segnare con un cerchio la risposta adeguata. Se non le è chiara una domanda passi alla successiva.

1. SI NO Porta una dentiera estraibile?
2. SI NO Fuma?
3. SI NO Beve alcool?
4. SI NO Fa uso di qualche tipo di droga?
5. SI NO Le fa male spesso la testa?
6. SI NO Ha perso qualche volta conoscenza?
7. SI NO Soffre di epilessia o di convulsioni?
8. SI NO Ha avuto un ictus cerebrale o una paralisi in qualche parte del corpo?
9. SI NO Soffre di pressione arteriosa alta?
10. SI NO Ha notato palpitazioni nel cuore?
11. SI NO Ha avuto un attacco al cuore?
12. SI NO Ha avuto un infarto cardiaco o sofferto di angina o di dolore al petto'?
13. SI NO Utilizza piu di un cuscino per dormire?
14. SI NO Si gonfiano spesso i piedi?
15. SI NO Soffre di qualche malattia legata alla valvola cardiaca?
16. SI NO Ha un pace maker? Ultimo controllo:
17. SI NO Soffre di allergia? A quali prodotti è allergico?
18. SI NO Soffre di asma?
19. SI NO Tossisce o espettora con frequenza?
20. SI NO Ha avuto la polmonite?
21. SI NO Ha avuto la tubercolosi?
22. SI NO Durante le ultime settimane, ha avuto febbre, brividi o tosse?
23. SI NO Quanti piani riesce a fare senza doversi fermare per riprendere fiato?
24. SI NO Ha un'ulcera duodenale o gastrica?
25. SI NO Soffre spesso di bruciore di stomaco dopo i pasti o quando va a dormire?
26. SI NO Ha avuto un'emia iatale?
27. SI NO Ha o ha avuto epatite o è diventato giallo?
28. SI NO Soffre di qualche disturbo ai reni o di urina?
29. SI NO Soffre di diabete o di un livello di zuccheri alto o basso?
30. SI NO Soffre di qualche disturbo alla tiroide o di gozzo?
31. SI NO È molto nervoso o soffre di insonnia?
32. SI NO È anemico?
33. SI NO Le appaiono ematomi o sanguina con una frequenza maggiore rispetto ad altri?
34. SI NO È incinta o potrebbe esserlo?
35. SI NO Soffre di qualche disturbo alla colonna vertebrale?
36. SI NO Ha qualche difetto fisico? Quale?.....
37. SI NO È già stato operato? Di cosa? Quando?.....
38. SI NO Lei o qualcuno della sua famiglia ha avuto problemi a causa dell'anestesia? Quali?
39. SI NO Ha ricevuto una trasfusione di sangue? Quando e perché? .....
40. SI NO Fa uso di aspirina o anticoagulanti?
41. SI NO Fa uso di medicinali per i nervi? Quali? ,