



BC_e-2 OP - Einwilligung



ST_33 - IFAI-Fragebogen

Si prega di rispedire il questionario nel più breve tempo possibile:

- tramite DocBox

- via e-mail a ifai.hirslanden@hirslanden.ch

- per posta a: Klinik Hirslanden

Institut für Anästhesiologie und
Intensivmedizin (IFAI)

Witellikerstrasse 40

8032 Zürich

T +41 44 387 22 99 / F +41 44 387 38 85

DATI PERSONALI

Cognome	Data di nascita	
Nome	Telefono	
Indirizzo	Cellulare	
NPA/località	Indirizzo e-mail	
Professione	Altezza: (cm)	Peso: kg
Il Suo medico di famiglia (nome, indirizzo, telefono, e-mail)?		

OPERAZIONE PREVISTA

A cosa sarà operato/a?	Data:
Da quale medico sarà operato/a?	

OPERAZIONI PRECEDENTI

Quale? Quando?		
Ha mai avuto complicanze legate all'anestesia o sa se sono state riscontrate delle problematiche di questo tipo nei suoi consanguinei? Se sì, quali?		
Ha mai sviluppato uno stato confusionale acuto (delirio) dopo un'operazione o a seguito di una grave malattia?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

STATO DI SALUTE GENERALE

Soffre o ha sofferto di una o più di una delle seguenti malattie?

Malattie delle coronarie (ad es. angina pectoris, infarto del miocardio, stent)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie delle valvole cardiache	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Aritmie cardiache	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
È portatore/portatrice di pacemaker o di defibrillatore?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Iperensione (si prega di mettere la crocetta anche se l'ipertensione è regolarizzata tramite farmaci)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattia polmonare (ad es. BPCO, asma, terapia domiciliare a base di ossigeno)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Embolia polmonare e/o trombosi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ictus (emorragia cerebrale o ischemia cerebrale)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie del sangue o problemi di coagulazione del sangue (emorragia secondaria dopo un trattamento odontoiatrico, dopo un intervento chirurgico, durante le mestruazioni)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Sta assumendo medicinali anticoagulanti?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Le è stata diagnosticata un'anemia?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattia renale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diabete che richiede la somministrazione di insulina (microinfusore di insulina sì/no)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diabete che non richiede la somministrazione di insulina	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Problemi gastrici (reflusso, bruciore di stomaco, bypass gastrico, bendaggio gastrico)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattia epatica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattia metabolica (ad es. tiroide, colesterolo, acido urico)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattia neurologica (ad es. epilessia, morbo di Parkinson, paralisi, neurostimolatore)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Disturbi cognitivi e della memoria, sviluppo di una sindrome demenziale; confusione; grave disabilità visiva o uditiva	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Grave malattia muscolare (ad es. miopatia, distrofia muscolare)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattia psichica (ad es. depressione, attacchi di panico, esaurimento)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Apnea notturna (porti con Lei in clinica la Sua apparecchiatura terapeutica!)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Allergia o intolleranza (se sì, quale?)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

CAPACITÀ FISICA

È in grado di salire due piani di scale senza avere il fiato?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Le capita di avere il fiato nella vita di tutti i giorni?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Le capita di avvertire dolori, una sensazione di pressione o una stretta al petto?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

DOMANDE DI CARATTERE GENERALE

Potrebbe essere in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> Sì*	<input type="checkbox"/> No
Durante gli ultimi 6 mesi è stato/a ricoverato/a in ospedale all'estero?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
È o è stato/a sottoposto/a a trattamenti per una malattia oncologica? A quale organo?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha sottoscritto un testamento biologico?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Qualora si verificassero rischiose emorragie rifiuterebbe di sottoporsi a trasfusioni	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Fuma? Quante sigarette al giorno? Da quanti anni?:	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Assume bevande alcoliche? Se sì, quante al giorno?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha assunto/assume stupefacenti? Se sì, quali:	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ha denti instabili o malati?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

* Se l'intervento chirurgico è connesso alla gravidanza (ad es. taglio cesareo, raschiamento post-aborto, cerchiaggio cervicale), non serve la relazione del medico di famiglia. Si prega di allegare, invece, i referti e i documenti diagnostici ginecologici disponibili (laboratorio, ecc.).

ANNOTAZIONI

MEDICAMENTI

Quali medicinali sta assumendo in questo momento? Quando li assume?

Farmaco	mg	Mattina	Pomeriggio	Sera	Notte

Data	Firma
------	-------

Un accertamento presso il medico di famiglia è indispensabile se:

- sono segnati con crocetta almeno 1 campo rosso o 2 campi blu,
- il/la paziente ha più di 65 anni di età,
- l'intervento è compreso nella categoria di rischio B o C.

Nota per l'invio via e-mail:

Si prega di salvare il modulo il modulo localmente sul vostro supporto dati e poi inviarlo via e-mail a ifai.hirslanden@hirslanden.ch

In caso di domande relative alla compilazione del questionario sulla salute, è pregato/a di rivolgersi a:

Klinik Hirslanden
 Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin (IFAI)
 Witellikerstrasse 40
 8032 Zürich
 T +41 44 387 22 99 / F +41 44 387 38 85
ifai.hirslanden@hirslanden.ch