



Si prega di ritornare il questionario completo al piu' presto :

Klinik Hirslanden  
 Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin (IFA)  
 Witellikerstrasse 40  
 8032 Zurigo

Telefono 044 387 22 99 / Fax 044 387 38 85  
 anascanning.hirslanden@hirslanden.ch

DATI PERSONALI

Cognome	Data di nascita
Nome	Telefono privato
Indirizzo	Telefono lavoro
NPA / Località	Indirizzo e-mail
Chi è il suo medico di famiglia? (specificare nome, indirizzo, telefono)	

OPERAZIONE PREVISTA

quale intervento sarà effettuato?	Data
come si chiama il suo medico chirurgo	
Ha sottoscritto un testamento biologico? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

OPERAZIONI PRECEDENTI

Quale?	Quando?
Quale?	Quando?
Quale?	Quando?
Quale?	Quando?
Ha mai avuto complicazioni legate all'anestesia o sono state riscontrate delle problematiche legate all'anestesia nei suoi consanguinei? Se sì, quali?	

STATO DI SALUTE GENERALE

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

Aritmie cardiache	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie coronariche (angina pectoris, infarto)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie delle valvole cardiache	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie polmonari (ad es. BPCO, asma ecc.)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Embolia polmonare	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ictus (emorragico o ischemico)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Disturbi della coagulazione	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie dei reni	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diabete insulino-dipendente	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Diabete non insulino-dipendente	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Pressione alta	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie del fegato	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie della tiroide e altre malattie del metabolismo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie del sistema nervoso	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie psichiche	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Apnea notturna	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Allergie, se sì, quali?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie muscolari	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Disturbi allo stomaco (reflusso, bruciore di stomaco)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

