

Adesivo di Identificazione Paziente

**REPARTO DI ANESTESIA  
E MEDICINA INTENSIVA**

KLINIK IM PARK  
SEESTRASSE 220  
8027 ZURIGO  
T 044 209 22 71  
F 044 209 22 78

ANA-SEKRETARIAT.IMPARK@HIRSLANDEN.CH

## QUESTIONARIO DI PREPARAZIONE ALL'ANESTESIA

Compilare su fronte e retro, segnare con una crocetta la risposta pertinente e sottolineare i termini opportuni o menzionarli.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Statura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

### OPERAZIONE PREVISTA

A quale intervento deve sottoporsi? \_\_\_\_\_

Chi la opera? \_\_\_\_\_

Data prevista per l'operazione? \_\_\_\_\_

Negli ultimi 12 mesi è stato effettuato un «check-up»? \_\_\_\_\_  sì  no

In caso affermativo, da che medico? \_\_\_\_\_

### OPERAZIONI PRECEDENTI

#### FORMA DI ANESTESIA:

Quando? \_\_\_\_\_  totale

Tipo di intervento? \_\_\_\_\_  parziale

Quando? \_\_\_\_\_  totale

Tipo di intervento? \_\_\_\_\_  parziale

Quando? \_\_\_\_\_  totale

Tipo di intervento? \_\_\_\_\_  parziale

Quando? \_\_\_\_\_  totale

Tipo di intervento? \_\_\_\_\_  parziale

**In tali occasioni, sono insorti**  sì  no

#### **problemi di tipo anestesilogico?**

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

**Sono insorti disturbi**  sì  no

#### **dopo l'anestesia?**

Nausea/vomito, vertigini, brividi, difficoltà respiratorie, mal di gola e difficoltà alla deglutizione, cefalea, difficoltà uditive, disturbi emotivi, emorragie?

Altro? \_\_\_\_\_

**Si sono verificati problemi**  sì  no

#### **anestesiologici in parenti consanguinei?**

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

### DOMANDE GENERALI

**Si è sottoposto/a a cure mediche recentemente?**  sì  no

Se sì, perché? \_\_\_\_\_

**Fuma regolarmente?**  sì  no

Se sì, quanto? \_\_\_\_\_

**Beve regolarmente alcolici?**  sì  no

Se sì, quanto? \_\_\_\_\_

**Ha assunto o assume droghe?**  sì  no

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

**Potrebbe essere incinta?**  sì  no

**Ha già avuto una trasfusione di sangue?**  sì  no

Negli ultimi 3 mesi  sì  no

Ha sopportato bene la trasfusione?  sì  no

**Porta una protesi dentaria?**  sì  no

Protesi rimovibile, denti artificiali, impianti, capsula dentaria

**Ha denti poco saldi o traballanti?**  sì  no

**Porta un apparecchio acustico?**  sì  no

**Porta un pacemaker o un defibrillatore?**  sì  no

**È STATO/A O È TUTTORA AMMALATO/A AI SEGUENTI ORGANI E/O APPARATI?**

Compilare, segnare con una crocetta la risposta pertinente e sottolineare i termini opportuni.

**Cuore**  sì  no

Infarto del miocardio, angina pectoris, difetto cardiaco, disturbi del ritmo, infiammazioni del muscolo cardiaco, dispnea durante gli sforzi o in posizione sdraiata

oppure \_\_\_\_\_

**Circolazione**  sì  no

Pressione sanguigna alta o bassa

oppure \_\_\_\_\_

**Vasi**  sì  no

Disturbi della circolazione, varici, trombosi

oppure \_\_\_\_\_

**Polmoni e vie respiratorie**  sì  no

Polmonite, tubercolosi, pneumoconiosi, enfisema polmonare, asma, bronchite cronica, embolia polmonare, tosse/espettorazione

oppure \_\_\_\_\_

**Esofago, stomaco, intestino, fegato, colecisti**  sì  no

Bruciore di stomaco, vomito frequente, ulcera, problemi di digestione, calcoli biliari, epatite

oppure \_\_\_\_\_

**Metabolismo**  sì  no

Diabete, gotta, lipidi elevati

oppure \_\_\_\_\_

**Tiroide**  sì  no

Ipertiroidismo o ipotiroidismo, gozzo

oppure \_\_\_\_\_

**Reni e vie urinarie**  sì  no

Calcoli renali, infezioni, valori renali elevati, dialisi, cistiti

oppure \_\_\_\_\_

**Occhi**  sì  no

Cataratta, glaucoma, differenza pupillare, disturbi visivi, debolezza della vista

oppure \_\_\_\_\_

**Apparato locomotore**  sì  no

Malattie articolari, dolori alla schiena, danni posturali, dolori alle spalle o alle braccia

Lei o un suo consanguineo soffre o ha sofferto di malattie muscolari?  sì  no

**Sangue**  sì  no

Disturbi della coagulazione (epistassi o emorragie gengivali frequenti, lividi), anemia, mestruazioni molto forti, altri forti emorragie

oppure \_\_\_\_\_

**Sistema nervoso**  sì  no

Colpo apoplettico o attacco ischemico transitorio, epilessia, paralisi, disturbi della sensibilità, perdita di memoria, difficoltà di concentrazione, cefalea, emicrania

oppure \_\_\_\_\_

**Umore: depressione**  sì  no

oppure \_\_\_\_\_

**Allergia**  sì  no

Raffreddore da fieno, asma, allergia a farmaci, lattice, prodotti alimentari, iodio, cerotti, agenti di contrasto, cosmetici, metalli

oppure \_\_\_\_\_

**Attualmente assume farmaci?**  sì  no

Portare all'ospedale tutti i farmaci in uso

Quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Altre malattie non elencate o particolarità?**

\_\_\_\_\_

Con la presente confermo di avere compilato tutti i dati in modo corretto. Ho letto la brochure per l'anestesia e il foglio informativo. La legge svizzera prescrive che il paziente debba ricevere le informazioni necessarie almeno 1-3 giorni prima dell'intervento (in base al tipo di intervento). Pertanto, ci permetteremo di convocarla, se possibile, presso la nostra consulenza anestesiologicala.

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del/la paziente \_\_\_\_\_

**La preghiamo di compilare il questionario e inviarlo alla clinica insieme a tutta l'altra documentazione.**

Se l'intervento fosse stato programmato con pochissimo preavviso, la preghiamo di voler portare con sé il questionario (o una copia di esso) in occasione dell'ingresso in clinica o della consulenza anestesiologicala.