

CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE DA PARTE DELL'OPERATORE:

- via e-mail all'indirizzo:
patientenanmeldung.stanna@hirslanden.ch
- tramite Doc Box

QUESTIONARIO SULLA SALUTE

DATI PERSONALI

Cognome	Data di nascita
Nome	Telefono
Indirizzo	Cellulare
Professione	
Il Suo medico di famiglia (nome, indirizzo)	

OPERAZIONE PREVISTA

A cosa sarà operato/a?

OPERAZIONI PRECEDENTI

Ha avuto problemi con l'anestesia in precedenti operazioni? Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Si sono verificate complicazioni in precedenti operazioni? Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

STATO DI SALUTE GENERALE

Altezza (cm) _____ Peso (kg) _____

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

Soffre di un forte sovrappeso (BMI > 40)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie cardiache (ad es. angina pectoris, infarto del miocardio, stent, insufficienza cardiaca, malattia delle valvole)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Aritmie cardiache (fibrillazioni atriali, portatore/portatrice di pacemaker, portatore/portatrice 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
È in grado di salire due piani di scale senza avere il fiato?	<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
Apnea notturna (porti con Lei in clinica la Sua apparecchiatura terapeutica)	<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
Le è stata diagnosticata un'anemia?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattia renale	<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
Diabete	<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 neurologica (ad es. epilessia, morbo di Parkinson, paralisi, neurostimolatore)	<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
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
Ha ricevuto cure contro il cancro negli ultimi 12 mesi?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Allergia o intolleranza? Se sì, quale: _____ (Porti con sé in clinica il passaporto allergie.)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Prende più di due medicinali al giorno?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Sta assumendo medicinali anticoagulanti? Se sì, quali: _____	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Per quale motivo prende altri medicinali? <input type="checkbox"/> Ipertensione <input type="checkbox"/> Aritmie cardiache <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Altro: _____		

Fuma? Se sì, 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

ANNOTAZIONI

DA COMPILARE DAL MEDICO CURANTE

Il/la paziente necessita di una visita preoperatoria da parte del medico di famiglia:	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Data: _____ Operatore: _____		

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 70 anni di età,
- l'intervento rientra nella categoria di rischio B o C.

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

- Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie,
T +41 41 208 33 88, e-mail: kais@hirslanden.ch