KLINIK ST. ANNA
ST. ANNA IN MEGGEN
ST. ANNA IM BAHNHOF

HIRSLANDEN

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

CONSEGNA DEI DOCUMENTI DA PARTE DELL'OPERATORE/TRICE

- E-mail: patientendisposition.stanna@hirslanden.ch
- Via Doc Box

DATI PERSONALI

Cognome	Data di nascita
Nome	Telefono
Indirizzo	Cellulare
NPA/località	**Altezza (cm)**
Professione	**Peso (kg)**
Medico di famiglia (nome, località)	

INTERVENTO PIANIFICATO

Che tipo di intervento verrà effettuato?	Data:

INTERVENTI PRECEDENTI

Ha avuto problemi con l'anestesia durante interventi precedenti? Se sì, quali:	☐ Sì	☐ No
Ci sono state complicanze durante interventi precedenti? Se sì, quali:	☐ Sì	☐ No
In passato, in seguito a un intervento dovuto a una grave malattia, ha manifestato uno stato acuto di confusione (delirio)?	☐ Sì	☐ No

STATO DI SALUTE

Efficienza fisica

Riesce a salire due piani di scale senza avere l'affanno?	☐ Sì	☐ No
Ha l'affanno nella vita quotidiana?	☐ Sì	☐ No
A volte manifesta dolori, una sensazione di oppressione o una morsa al petto?	☐ Sì	☐ No

Ha o ha avuto uno o più dei seguenti problemi?

Cardiopatie (ad es. angina pectoris, infarto cardiaco, stent, scompenso cardiaco, valvulopatie, stato dopo intervento cardiaco)	☐ Sì	☐ No
Aritmie cardiache (fibrillazione atriale, impianto pacemaker, impianto defibrillatore)	☐ Sì	☐ No
Ipertensione (spuntare anche se è tenuta sotto controllo con i farmaci)	☐ Sì	☐ No
Malattie polmonari (ad es. COPD, asma, ossigenoterapia a lungo termine, embolia polmonare)	☐ Sì	☐ No
Apnee notturne (porti con sé in clinica il dispositivo terapeutico)	☐ Sì	☐ No
Ictus (emorragia cerebrale o infarto cerebrale)	☐ Sì	☐ No
Malattie ematologiche o disturbi della coagulazione (ad es. trombosi, emorragia secondaria dopo cure dentarie, intervento, mestruazioni)	☐ Sì	☐ No
Soffre di anemia?	☐ Sì	☐ No
Malattie renali	☐ Sì	☐ No
Diabete o affezioni metaboliche (ad es. tiroide, colesterolo, acido urico)	☐ Sì	☐ No
Malattie epatiche o ittero	☐ Sì	☐ No
Problemi di stomaco (ad es. reflusso, bruciore di stomaco, bypass gastrico, bendaggio gastrico)	☐ Sì	☐ No

Malattie neurologiche (ad es. epilessia, Parkinson, paralisi, neurostimolatore)	☐ Sì	☐ No
Disturbi della memoria, demenza, confusione, gravi difetti della vista o dell'udito	☐ Sì	☐ No
Gravi malattie muscolari (ad es. miopatia, distrofia muscolare)	☐ Sì	☐ No
Malattie psichiche (ad es. depressione, attacchi di panico, burnout)	☐ Sì	☐ No
Potrebbe trovarsi in stato di gravidanza?	☐ Sì	☐ No
Attualmente ha un cancro? Se sì, quale:	☐ Sì	☐ No
In caso di emorragie potenzialmente fatali rifiuterebbe emoderivati salvavita?	☐ Sì	☐ No
Allergie o intolleranze? (Porti con sé in clinica il suo passaporto delle allergie) Se sì, quali: Con quale reazione:	☐ Sì	☐ No
Beve quotidianamente grappa, vino o birra?	☐ Sì	☐ No
Fuma?	☐ Sì	☐ No
Fa uso di droghe? Se sì, quali:	☐ Sì	☐ No

FARMACI

Assume farmaci anticoagulanti? Se sì, quali:	☐ Sì	☐ No
Assume altri farmaci?	☐ Sì	☐ No

Se sì, quali farmaci?			Quando li assume?			
Farmaco	Produttore	Dose	Mattina	Pranzo	Sera	Notte
(Se assume più di tre farmaci, alleghi l'elenco dei farmaci aggiornato)						

OSSERVAZIONI

Data: _____ Firma paziente: _____
(Non necessaria in caso di invio elettronico.)

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

Il/La paziente necessita di una visita preoperatoria da parte del medico di famiglia:	☐ Sì	☐ No
È necessario il Patient Blood Management (anemia)?	☐ Sì	☐ No

Data: Dati di contatto operatore/trice:

Un consulto con il medico di famiglia è indispensabile se:

- sono stati spuntati almeno **1 campo rosso o 2 campi blu**,
- la/il paziente **ha più di 70 anni**,
- l'intervento rientra nella **classe di rischio B o C**.

Contatti in caso di domande inerenti alla compilazione del questionario sullo stato di salute:
Clinica di anestesia, medicina intensiva e terapia del dolore
Telefono: +41 41 208 33 88
E-mail: kais@hirslanden.ch

INVIARE