

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?

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
Ipertensione (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 fiatone?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattia polmonare (ad es. BPCO, asma, terapia domiciliare a base di ossigeno, embolia polmonare)	<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
Ictus (emorragia cerebrale o ischemia cerebrale)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Malattie del sangue o problemi di coagulazione del sangue (trombosi, 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 o 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
Attualmente ha il cancro? Se sì, quale: _____	<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

Beve ogni giorno più di 3dl di superalcolici o più di 5dl di vino o più di 1l di birra?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Fuma più di 20 sigarette 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

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

DA COMPILARE DAL MEDICO CURANTE

L'operatore o l'operatrice dispone della documentazione preoperatoria?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
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