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

HIRSLANDEN

VALUTAZIONE PREOPERATORIA
DA PARTE DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Gentile collega,

prossimamente il suo/la sua paziente sarà sottoposto/a ad anestesia. Per valutare il rischio perioperatorio e pianificare la relativa procedura abbiamo bisogno di alcune informazioni sullo stato di salute del/della paziente. La preghiamo pertanto di compilare integralmente il presente modulo.

DATI DEL/DELLA PAZIENTE

NOME: _____ COGNOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

INTERVENTO: _____ OPERATORE: _____ DATA DELL'OPERAZIONE: _____

ANAMNESI (o lista di diagnosi allegata)

_____

_____

_____

INTERVENTI PREGRESSI PERTINENTI

_____

_____

ALLERGIE (allegare il passaporto allergie, se disponibile)

_____

ATTUALE ASSUNZIONE DI MEDICAMENTI (in alternativa inviare la lista dei medicamenti)

Medicamento	Dosaggio:	Mattina	Mezzogiorno	Sera/Notte	Riserva

ECG
In caso di anamnesi cardiaca allegare ECG.

LABORATORIO (o referto di laboratorio allegato)

Hb: _____ Trombociti: _____ K: _____ Na: _____

Crea: _____ CRP: _____ Gluc: _____ Quick: _____

ANEMIA PREOPERATORIA

CAUSA: _____

TRATTAMENTO EFFETTUATO: _____

Informazioni dettagliate sulle analisi di laboratorio e sull'approccio perioperatorio con pazienti anemici/che e altre informazioni generali sono riportate nell'opuscolo «Präoperative Informationen für Hausärzte und Belegärzte» o online su **www.hirslanden.ch/anaesthesie-stanna**

ANNOTAZIONI
Le sue osservazioni e raccomandazioni sono molto importanti per noi. La preghiamo pertanto di comunicarci di cos'altro dobbiamo tener conto al di fuori dei risultati e delle diagnosi di cui sopra.

_____

_____

VISITA CON L'ANESTESISTA
In presenza di uno dei seguenti punti, la invitiamo a richiedere per il/la paziente un consulto con il nostra/nostro anestesista:
- desiderio del/della paziente (p.es. forti timori);
- stato di salute dopo problemi con l'anestesia;
- grave comorbilità: AP instabile, forte insufficienza cardiaca, gravi valvulopatie, stato di salute dopo PTCA risalente a meno di sei mesi, capacità fisica limitata NYHA III/ IV, grave pneumopatia, grave insufficienza renale o epatica, disturbi della coagulazione, gravi malattie neuromuscolari.

Le richieste di consulto anestesiologico possono essere inviate all'indirizzo e-mail
kais@hirslanden.ch

Siamo a sua disposizione per eventuali chiarimenti:
Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, T +41 41 208 33 88

La ringraziamo per la collaborazione.

Il team di anestesia delle cliniche St. Anna, St. Anna in Meggen e St. Anna im Bahnhof.

_____ _____
Data Dati di contatto del medico di famiglia

La preghiamo di inviare il presente modulo debitamente compilato a:
zuweiserberichte@hirslanden.ch

Spedire