

Questionario di anestesia

Patientenetikette

Cari pazienti, cari genitori

Siamo lieti che abbiate scelto l'Ospedale Cantonale dei Grigioni per il Vostro intervento chirurgico. Per poter valutare il Vostro stato di salute o quello di Vostro figlio/ Vostra figlia, Vi preghiamo di rispondere alle seguenti domande, confermando con la Vostra firma la correttezza delle risposte. Siamo consapevoli che in alcuni casi dovrete rispondere più volte alla stessa domanda. Ciò serve alla vostra sicurezza.

Per favore comunicateci il Vostro numero di telefono attuale

	sì	no																																													
Riesce a salire due piani di scale senza fermarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
Ha avuto reazioni insolite (allergie) ai medicinali, per es. agli antibiotici (Penicillina, Bactrim, Kefzol), ai narcotici, al latex (gomma), ai cerotti, iodio, punture d'insetti o altro? Se sì, a quali? Quali sintomi ha notato?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
Coagulazione del sangue - Voi o i Vostri consanguinei soffrete di una tendenza al sanguinamento? Se sì, quale? - Ha notato un sanguinamento prolungato dopo un'estrazione di un dente o dopo un'operazione? - Soffre di frequenti perdite del sangue dal naso, che persistono per più di 10 minuti? - Per le signore: Soffre di una menstruazione prolungata (più di 7 giorni)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																													
Assume medicinali per fluidificare il sangue o per ridurre l'aggregazione delle piastrine, p.e. Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Aspirina, Plavix, Brilique, Sintrom, Marcoumar, Fraxmina, Fraxiparina, Fraxiforte, Clexane? Se sì, quali?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
Assume regolarmente medicinali? Se possibile, allegare l'elenco dei Vostri medicinali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Farmaco</th> <th>mg</th> <th>la mattina</th> <th>a mezzogiorno</th> <th>in serata</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Farmaco	mg	la mattina	a mezzogiorno	in serata																																										
Farmaco	mg	la mattina	a mezzogiorno	in serata																																											
Soffre di	sì	no																																													
malattie cardiovascolari o un' insufficienza cardiaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
angina pectoris o ha avuto un' infarto cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
disturbi del ritmo cardiaco, fibrillazioni atriali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
Porta un stent nelle vasi coronarici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													
Ha un pacemaker o un defibrillatore cardiaco impiantabile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																													

Soffre di:	sì	no														
- Asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Bronchiti croniche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- altre malattie polmonari (Fibrosi, tumori)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Ulcera gastrica, rigurgiti acidi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Diabete (diabete mellito)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Reumatismi gravi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- malattie alla tiroide (iper- o ipofunzione tiroidea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- malattie epatiche, itterizia, epatite, AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- Epilessia, emicrania, ictus/colpo apoplettico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- affezioni muscolari, sclerosi multipla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- mal di schiena, sciatica, paralisi, ernia discale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- malattie renali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- dolori cronici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- attacchi di panico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
- malattie psichiatriche (p.e. Depressione, Schizofrenia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Sono accaduti a Lei o ai suoi consanguinei incidenti durante un'anestesia (ipertermia maligna)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Per le signore: è possibile che siate in gravidanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Fuma? Se sì, quanto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Consuma regolarmente alcool? Se sì, quanto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Consuma regolarmente droghe? Se sì, quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ha denti instabili, protesi dentarie, ponti ,innesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Avete già subito delle operazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Se sì, quale tipo di operazione?</th> <th style="width: 50%;">Quando e dove?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Se sì, quale tipo di operazione?	Quando e dove?														
Se sì, quale tipo di operazione?	Quando e dove?															
Ha sofferto di nausea o vomito dopo un intervento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Vostro peso? Il peso di Vostro figlio/ Vostra figlia?kg																
La Vostra altezza? Altezza di Vostro figlio/ Vostra figlia?cm																

.....
Luogo, data

.....
firma paziente/ genitori

In caso di ulteriori domande o chiarimenti potete rivolgervi in ogni momento a noi:
Ospedale Cantonale KSGR: Orario di consultazione segretaria anestesia 09:00 – 16:30, 081 256 76 30
Oppure via medico anestesista di turno 081 256 65 08