

	Pre-operatorio	Mod. 0030	Pag. 1 di 2
	Questionario di Anestesia	Parola chiave: <i>quest anest</i>	
		Rev. 01	del 29/01/2025

ETICHETTA PAZIENTE	PESO: _____ kg ALTEZZA _____ cm ETA' _____
--------------------	--

Il presente questionario permetterà al medico anestesista che avrà cura di Voi in Sala Operatoria, di praticare il tipo di anestesia più adatto al Vostro caso:

HA	SI	NO
➤ Una protesi dentaria mobile o denti mobili?	☐	☐
➤ Rigidità ai movimenti della testa e/o del collo?	☐	☐
➤ Difficoltà ad aprire completamente la bocca?	☐	☐

ANAMNESI FAMILIARE	SI	NO
➤ Nella Sua famiglia qualcuno ha avuto reazioni insolite dopo un'anestesia?	☐	☐

Se sì, quali? _____

➤ Altro: _____

ANAMNESI PERSONALE	SI	NO
➤ E' soggetto ad allergie?	☐	☐

Se sì, a che cosa? _____

➤ Assume più di mezzo litro di vino al giorno?	☐	☐
➤ Fuma? Se sì, quante sigarette al giorno? _____	☐	☐
➤ Ha già avuto trasfusioni di sangue?	☐	☐
➤ Ha il dubbio di essere attualmente in gravidanza?	☐	☐

HA SOFFERTO O SOFFRE DI	SI	NO
➤ Ipertensione arteriosa	☐	☐
➤ Malattie cardiache	☐ _____	☐
➤ Malattie polmonari	☐ _____	☐
➤ Malattie del tubo digerente (es. ulcera - gastrite ...)	☐ _____	☐
➤ Malattie renali - vescicali - prostatiche	☐	☐
➤ Diabete	☐	☐
➤ Malattie della tiroide	☐	☐
➤ Malattie del sangue		
(es. anemia, leucemia, linfoma, disturbi della coagulazione)	☐ _____	☐
➤ Varici o flebiti	☐	☐

	Pre-operatorio Questionario di Anestesia	Mod. 0030	Pag. 2 di 2
		Parola chiave: <i>quest anest</i>	
		Rev. 01	del 29/01/2025

	SI	NO
➤ Malattie del sistema nervoso (es. morbo di Parkinson)	☐ _____	☐
➤ Malattie vascolari cerebrali (es. ictus/TIA)	☐	☐
➤ Malattie reumatiche (es. artrite reumatoide)	☐	☐
➤ Glaucoma	☐	☐
➤ Utilizza sostanze stupefacenti	☐	☐
➤ Altre malattie _____		

HA GIÀ SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI? ☐ ☐

Se si, quali? _____

HA AVUTO DELLE REAZIONI INSOLITE O COMPLICANZE ☐ ☐

Se si, quali? _____

E' stato ricoverato per altre ragioni senza subire interventi chirurgici? _____

FARMACI CHE ASSUMETE ABITUALMENTE

Farmaco	Dosaggio	Quantita'	Orari

Pensa di avere qualche altra comunicazione per l'anestesista? **SI** ☐ **NO** ☐

Grazie per la gentile collaborazione.

Data _____ Firma _____