

Informazioni sull'operazione (da compilare dal chirurgo)

Operazione:	Durata ca. dell'operazione:	Data:
Particolarità:	Chirurgo:	

Informazioni e dati del debitore (da compilare dal chirurgo / dalla clinica / dallo studio medico)

Cassa malati <input type="checkbox"/>	Forfetario <input type="checkbox"/>	AI: Vogliate indicarci il No. decisione
Pagamento proprio <input type="checkbox"/>	SUVA / AI/AM <input type="checkbox"/>	SUVA: Vogliate indicarci la data dell' incidente

Informazioni personali (da compilare dal paziente)

Cognome:	Nome:	Sesso <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	Data di nascita:
Indirizzo / no.:	CAP / Paese:	Statura (cm):	Peso (kg):
Tel. priv.:	Tel. ufficio:	Professione:	
Per bambini: nome della madre o del padre			Sesso <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f
Nome, indirizzo del rappresentante legale / del tutore / del centro di cura:			
No. tel.			
Nome e indirizzo medico di famiglia:			
No. tel.			

Informazioni sullo stato di salute (da compilare dal paziente prima del colloquio preoperatorio)

	Si	No
È stata/o ultimamente sottomessa/o a cure mediche? Per cosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È attualmente raffreddato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sofferto nelle ultime 4 settimane di diarrea o vomito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ci sono eventualmente altre infezioni da considerare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha preso durante le settimane scorse medicinali anticoagulanti? p.e. aspirina, Marcumar, Plavix, Sintrom Altri farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attualmente prendete altri medicinali? p.e. per la pressione alta o bassa, per il cuore, antidolorifici, psicofarmaci, per il diabete, pillola anticoncezionale Altri farmaci:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È già stato operato? Se sì, vogliate indicarci quale operazione ha avuto e l'anno dell'operazione:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha subito malore dopo l'intervento? (vomito o giramenti di testa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono sorte delle complicazioni (p.e. danni di adagiamento) dopo un anestesia regionale o locale? I danni subiti allora sono ancora presenti? Quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ci sono stati problemi di consanguinei riguardanti anestesie generali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha già avuto bisogno di una trasfusione di sangue? Se sì, quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ci sono state complicazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attualmente potreste essere incinta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha dei Piercing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fa fatica a salire le scale? Se sì, perché?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paziente: Nome/Cognome/Anno di nascita	Nome del medico che eseguirà l'operazione	data dell'operazione
Attualmente soffrite, oppure avete sofferto, di una delle malattie sotto indicate? O ci sono eventualmente delle indicazioni per esse?		
		Si No
Malattie del cuore o cardio-vascolari: aritmia, difetti cardiaci, angina pectoris, infarto, Infiammazioni del muscolo cardiaco, ipertensione, pressione sanguigna bassa, arteriosclerosi altre:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vasi sanguigni: malattia varicosa, trombosi, disturbi di circolazione, ictus altre:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattie di polmoni: bronchite, asma bronchiale, polmonite, tubercolosi, enfisema, Apnea respiratoria paralisi delle corde vocali, paralisi del diaframma altre:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattie del fegato: itterizia, indurimento del fegato, fegato grasso, calcoli biliari altre:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattie dei reni: calcoli renali , nefrite, necessità di dialisi, valori renali alti o:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattie dell'esofago, dello stomaco, dell'intestino: ulcera, stenosi, dispepsia, pirosi, malattia da reflusso gastroesofageo altre:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattie del metabolismo: diabete, gotta altre:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattie della tiroide: ipotiroidismo, gozzo o r:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattia scheletrica: Malattie delle articolazioni, schiena-/ernia, spalla-braccia etc. altre:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattie dei nervi: crampi (epilessia), paralisi, depressione, mal di testa sovente altre:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattie degli occhi: glaucoma, cataratta, lenti a contatto o:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattia del sangue: disturbi della coagulazione (anche tra consanguinei), epistassi sovente, livido anche senza ferimento o dopo un leggero tocco, sanguinare o perdite di sangue dopo un operazione altre:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattia dei muscoli: debolezza muscolare = distrofia muscolare, malattie dei muscoli (anche tra consanguinei) altre:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergie/sensibilità: raffreddore al fieno, prodotti alimentari, fruttosio, farmaci, Iodio, cerotti, latex (pallone volante, gomma per cancellare, guanti) altre:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Altre malattie o disabilità?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dolore cronico?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Denti ballanti, carie?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ipoacusia?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Protesi acustica?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consuma regolarmente tabacco? Se si, quanto al giorno?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consuma regolarmente l'alcol? Se si, quanto al giorno?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consumate droghe? Se si, cosa e quanto al giorno?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ingerite spesso calmanti o sonniferi? Quali?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Voglia allegare il rapporto medico dettagliato se soffre di una delle malattie seguenti:

Infarto miocardio avvenuto o angina pectoris regolarmente ricorrente
 Difetto cardiaco o affezione delle valvole cardiache
 Intervento passato al cuore o ai polmoni (incluso regolatore cardiaco e/o catetere cardiaco)
 Asma bronchiale da curare o tosse cronica con espettorazione
 Sanguinamento prolungato dopo ferite, regolarmente travasi di sangue grandi, emorragia gengivale sovente durante la pulizia dei denti
 Epilessia, affezione o minorazione mentale
 Distrofia muscolare, affezione spastica o altra affezione muscolare

Osservazioni:

Dichiaro di aver compilato e completato questo modulo per il rilevamento della mia anamnesi con autenticità.

Data: Firma:

⇒ Fax 091 980 44 05