

SCHEDA ANAMNESTICA PREOPERATORIA

da compilare a cura del Medico di Medicina Generale

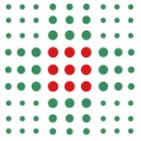
(è possibile fornire una stampa dell'anamnesi e terapia del paziente al posto di questa scheda)

Cognome Nome Data di nascita

CARDIOCIRCOLATORIO		
Ipertensione		<input type="checkbox"/>
Obesità		<input type="checkbox"/>
Vasculopatie		<input type="checkbox"/>
Scompenso cardiaco		<input type="checkbox"/>
Aritmie cardiache		<input type="checkbox"/>
Portatore di pace-maker / Defibrillatore		<input type="checkbox"/>
Valvulopatie (prolasso, stenosi, insufficienza)		<input type="checkbox"/>
Progressi IMA o ischemie miocardiche	<input type="checkbox"/> Recenti (< 6 mesi)	<input type="checkbox"/>
Bypass aorto-coronarico	<input type="checkbox"/> Recenti (< 6 mesi)	<input type="checkbox"/>
Angioplastica	<input type="checkbox"/> Recenti (< 6 mesi)	<input type="checkbox"/>
Progressive trombosi venose oppure embolie polmonari		<input type="checkbox"/>
Progressi ictus cerebrali ischemici / emorragici		<input type="checkbox"/>
Insufficienza venosa arti inferiori / Varici		

RESPIRATORIO		
Fumatore n. sigarette al giorno Ex fumatore <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Asma		<input type="checkbox"/>
BPCO		<input type="checkbox"/>
Insufficienza respiratoria cronica		<input type="checkbox"/>
Apnee notturne		<input type="checkbox"/>
Altri problemi respiratori? Se sì, quali? →		<input type="checkbox"/>

ALTRE PATOLOGIE		
Epilessia		<input type="checkbox"/>
Depressione		<input type="checkbox"/>
Ansia / Attacchi di panico		<input type="checkbox"/>
Altri problemi neurologici? Se sì, quali? →		<input type="checkbox"/>
Diabete		<input type="checkbox"/>
Etilismo / abuso di sostanze stupefacenti		<input type="checkbox"/>
Insufficienza renale / Nefropatie		<input type="checkbox"/>
Gastrite / Reflusso gastroesofageo		<input type="checkbox"/>
Pregressa ulcera gastrica / duodenale		<input type="checkbox"/>
Epatopatie / Varici esofagee / Progressive pancreatiti		<input type="checkbox"/>
Calcolosi colecisti / vie biliari		<input type="checkbox"/>
Malattie infiammatorie intestinali		<input type="checkbox"/>
Ipotiroidismo / Ipertiroidismo		<input type="checkbox"/>



Altri problemi endocrinologici? Se si, quali? →	<input type="checkbox"/>
Alterazioni della coagulazione (emofilia, trombofilia)	<input type="checkbox"/>
Patologie oncologiche di rilievo →	<input type="checkbox"/>
Problemi sistema immunitario / infettivi →	<input type="checkbox"/>
Altre patologie di rilievo →	<input type="checkbox"/>

ALLERGIE

.....

TERAPIA DOMICILIARE

.....

.....

PREGRESSI RICOVERI / INTERVENTI CHIRURGICI

.....

.....

.....

.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale

.....