



Medical New Center srl

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

DIRETTORE SANITARIO DR. G. MILONE

Via Pellizzo, 3 – 35128 PADOVA (PD)

☎ 049 776 888 Fax 049 776976

Questo questionario strettamente confidenziale è deputato a fornire informazioni sul Suo stato di salute per mettere in atto il trattamento più idoneo alle Sue esigenze. Nella sua compilazione che Le richiederà solo pochi minuti, può farsi aiutare, eventualmente, dal Suo Medico di fiducia.

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

TELEFONO ABIT. _____ CELL. _____

Peso Kg _____ Altezza _____ Professione _____

MEDICO CURANTE: DR. _____ TEL. _____

SI NO NON SO

1- Assume abitualmente uno dei seguenti farmaci?

- aspirina

- anticoagulanti, antiaggreganti

- antiaritmici (chinidina, diltiazem, verapamil, nifedipina, propranololo)

- diuretici

- antiipertensivi

- digitale

- immunosoppressivi (ciclosporina, ciclofosfamide, aziatoprina, 6-mercaptopurina)

- steroidi (cortisone, prednisone)

—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—

2- E' mai stato curato con chemioterapia o radioterapia per cancro?

—	—	—
---	---	---

3- Ha o ha avuto in passato problemi di:

- fegato (cirrosi, epatite, itterizia)

- reni (calcoli, infezioni, insufficienza renale)

- milza

- sangue (anemia, leucemia)

- tiroide

- diabete

—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—

4- Qualche suo familiare ha mai avuto seri problemi di sanguinamento?

—	—	—
---	---	---

5- Ha mai avuto un sanguinamento prolungato o anormale in seguito a trauma al naso, estrazione dentaria, tagli o chirurgia (tonsillectomia, ernia, isterectomia)?

—	—	—
---	---	---

6- Sanguina per più di 5 minuti dalle gengive quando si lava i denti?

—	—	—
---	---	---

7- E' soggetto ad ecchimosi senza causa apparente?

—	—	—
---	---	---



Medical New Center srl

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

DIRETTORE SANITARIO DR. G. MILONE

Via Pellizzo, 3 – 35128 PADOVA (PD)

☎ 049 776 888 Fax 049 776976

	SI	NO	NON SO
8- Le sue feci sono a volte insanguinate o nerastre come il catrame?	—	—	—
9- Ha avuto una trasfusione di sangue negli ultimi sei mesi?	—	—	—
10- Ha avuto recentemente febbre o brividi, raffreddore o influenza?	—	—	—
11- Soffre di crampi o di spasmi ai muscoli?	—	—	—
12- Ha disturbi di cuore?	—	—	—
- fa sport regolarmente	—	—	—
- ha problemi a fare i lavori di casa o a trasportare la spesa salendo le scale	—	—	—
- dorme con più di un cuscino?	—	—	—
- si sveglia mai la notte con mancanza di respiro?	—	—	—
- ha mai avuto la pressione alta?	—	—	—
- si alza la notte ad urinare?	—	—	—
- ha mai avuto un attacco di cuore o un infarto?	—	—	—
- ha mai sofferto di febbre reumatica?	—	—	—
- ha un soffio al cuore?	—	—	—
- ha mai avuto dolori al petto?	—	—	—
- ha mai sentito il cuore battere in modo strano	—	—	—
- ha mai avuto svenimenti?	—	—	—
- ha la pressione alta?	—	—	—
- scriva la sua pressione _____ / _____			
13- Beve alcolici?	—	—	—
- quanto?	—	—	—
- usa o ha mai usato droghe?	—	—	—
14- Ha disturbi della respirazione?	—	—	—
- fuma un pacchetto di sigarette o più al giorno?	—	—	—
- ha mancanza di respiro?	—	—	—
- ha dolori al torace?	—	—	—
- ha enfisema?	—	—	—
- ha asma?	—	—	—
- ha bronchite?	—	—	—
15- Ha tosse o tossisce spesso?	—	—	—
16- E' gravida?	—	—	—
17- C'e' qualche possibilità che sia gravida?	—	—	—
18- Segue una dieta particolare?	—	—	—
19- Soffre di epilessia o convulsioni?	—	—	—
20- Ha mai avuto un braccio o una gamba paralizzati o insensibili?	—	—	—
21- Ha mai visto doppio o annebbiato?	—	—	—
22- Soffre spesso di mal di testa?	—	—	—
23- Ha disturbi al collo o alla schiena?	—	—	—



Medical New Center srl

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

DIRETTORE SANITARIO DR. G. MILONE

Via Pellizzo, 3 – 35128 PADOVA (PD)

☎ 049 776 888 Fax 049 776976

	SI	NO	NON SO
24- Soffre di allergia a qualcosa?	—	—	—
25- Lei o qualche suo parente ha avuto problemi anestesilogici o chirurgici?	—	—	—
- nausea?	—	—	—
- vomito?	—	—	—
- cefalea?	—	—	—
- temperatura elevata?	—	—	—
- sonnolenza?	—	—	—
- risveglio ritardato?	—	—	—
- altro?	—	—	—
26- Ha mai avuto un'anestesia o un'operazione prima di questa?	—	—	—
27- Quale operazione e quando?	—	—	—
28- Ha perso peso ultimamente?	—	—	—
29- Quali medicine prende? _____			

30- Soffre di flebite?	—	—	—
31- Ha protesi dentarie mobili?	—	—	—
32- Lenti a contatto?	—	—	—
33- Prende prodotti di erboristeria?	—	—	—
Se si quali e per che cosa: _____			

34- Se ha qualcosa da segnalare utilizzi lo spazio sottostante _____			

N.B.: Una volta compilato il questionario, Lei è pregato/a di porre tutte le domande che riterrà opportuno all'anestesista ed eventualmente rispondere ad ulteriori quesiti che l'anestesista stesso Le vorrà formulare.

Luogo e data di compilazione

Firma del paziente o del tutore



Medical New Center srl

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

DIRETTORE SANITARIO DR. G. MILONE

Via Pellizzo, 3 – 35128 PADOVA (PD)

☎ 049 776 888 Fax 049 776976

ATTENZIONE

E' estremamente importante che Lei osservi scrupolosamente le seguenti norme prima di essere sottoposto/a alla procedura chirurgica concordata:

- Portare tutta la documentazione medica in suo possesso e i farmaci che prende abitualmente.
- Essere accompagnati da una persona adulta responsabile che la accompagnerà al domicilio e che si prenderà cura di Lei nelle 24 ore successive.
- Di non guidare, firmare documenti, lavorare, eseguire attività che richiedano particolare attenzione nelle ore successive all'intervento (sino al giorno dopo l'intervento stesso).
- Di evitare l'assunzione di cibi e bevande nelle 8 ore che precedono l'intervento chirurgico, comprese le gomme da masticare.
- Astenersi dal fumo nelle 24 ore che precedono l'intervento chirurgico.
- Di togliere prima dell'intervento chirurgico , ponti, protesi dentarie e mobili, lenti a contatto corneali, anelli, orecchini, collane e piercing.
- Di togliere il trucco, rossetto, smalto dalle unghie.
- Di seguire tutte le prescrizioni per il postoperatorio indicatemi dai medici (vedi foglio allegato)

Dichiaro di aver letto e compreso in modo completo e adeguato le norme da seguire , di impegnarmi ad eseguirle in modo scrupoloso e di aver chiesto tutti gli eventuali chiarimenti che ho ritenuto necessario e di aver avuto spiegazioni chiare e comprensibili.

DATA E LUOGO _____

FIRMA _____



Medical New Center srl

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

DIRETTORE SANITARIO DR. G. MILONE

Via Pellizzo, 3 – 35128 PADOVA (PD)

☎ 049 776 888 Fax 049 776976

CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA

Io sottoscritto/a _____ in vista dell'intervento programmato, dichiaro di essere stato esaurientemente informato sul tipo di Anestesia: **Generale** **Loco regionale** **Sedazione ed anestesia locale** a cui verrò sottoposto, sulle relative tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali. Mi è stato spiegato che l'Anestesia moderna è sicura, tuttavia tale pratica, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza. Tali complicanze possono, assai raramente, risultare fatali o causa di grave menomazione.

In particolare l'Anestesia comprende le possibili complicanze:

- reazioni avverse generali o locali ai farmaci utilizzati per la narcosi o comunque ai farmaci necessari a curare la malattia durante l'Anestesia stessa;
 - lesioni legate al necessario uso di una protesi respiratoria (intubazione tracheale, maschera laringea, respirazione artificiale);
- lesioni conseguenti all'utilizzo dei necessari sistemi di monitoraggio intraoperatorio e/o postoperatorio;
- lesioni a carico dei denti (intubazione tracheale);
- lesioni a carico del sistema nervoso centrale o periferico;
- la possibilità di uno stato di vigilanza durante l'Anestesia stessa;
- situazioni tali da richiedere il ricovero in terapia intensiva nel periodo post-operatorio
- cefalea persistente (Anestesia spinale);
- altre complicazioni infrequenti legate a particolari patologie di base e qui non menzionate, sono possibili: _____

Accetto che il Medico Anestesista modifichi la tecnica concordata qualora lo dovesse ritenere necessario. Dichiaro inoltre di avere dato il consenso all'eventuale trasfusione con sangue omologo e/o emoderivati e di essere consapevole dei rischi connessi a tali trasfusioni. Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di avere avuto risposte esaurienti.

Il mio stato di salute viene classificato come ASA: _____

OSSERVAZIONI: _____

LUOGO e DATA _____

Firma del Paziente _____

Firma del Genitore o Tutore _____

Firma del Medico _____