



ETICHETTA

**RISERVATO AL PERSONALE MEDICO DI CLINICA**

PR1  ECG

PR2  RX TORACE

NO ESAMI

VISITA CARDIOLOGICA

ALTRO

.....  
.....  
.....

Firma medico valutatore.....

**ATTENZIONE:** Recapitare (via fax o via mail) il presente questionario, **compilato in ogni sua parte.**

Fax 045 8531493 – mail: [questionario@grupposanfrancesco.it](mailto:questionario@grupposanfrancesco.it)

**Le ricordiamo che la data degli esami preoperatori verrà assegnata solo dopo che i medici della Clinica avranno visionato le Sue risposte.**

**LE RACCOMANDIAMO di portare TUTTA LA DOCUMENTAZIONE MEDICA ANCHE NON RIGUARDANTE L'INTERVENTO (esami del sangue, ECG, Rx torace, referti di visite specialistiche, lettere di dimissione, ecc.) e l' ELENCO DEI FARMACI che prende abitualmente.**

Alla cortese attenzione del Medico di Medicina Generale:

*Gentile collega, La preghiamo di voler supportare il suo assistito, qualora lo richieda, nella compilazione del presente questionario. La Sua collaborazione nella raccolta della storia clinica del paziente sarà preziosa e contribuirà ad un più completo inquadramento anamnestico del/della paziente.*

COGNOME e NOME .....

nato/a il ...../...../..... Recapiti telefonici del Paziente .....

Medico di Medicina Generale ..... Rec. Tel. ....

Età ..... Peso ..... Altezza .....

**INTERVENTO A CUI DEVE ESSERE SOTTOPOSTO**

.....  
.....  
.....



Segnare con una crocetta le risposte alle seguenti domande

Beve alcolici?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI quanto.....
Fuma?	<input type="checkbox"/> NO <input type="radio"/> Non ho mai fumato <input type="radio"/> Ho smesso da .....	<input type="checkbox"/> SI quante sigarette ..... <input type="checkbox"/> SI da quanto tempo .....
Si sottopone regolarmente a visite di controllo (es.medico-sportiva, medicina del lavoro, donazione sangue...)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI .....
È allergico a farmaci o altro?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI quali ..... .....

FARMACI -

**IMPORTANTE**

Scriva **TUTTE le medicine che prende di solito** (per il cuore, per la pressione, per il diabete, per la circolazione del sangue, per problemi neurologici e per altri problemi, ...) indicando la dose e gli orari di assunzione

Farmaco

Dose e orari

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

STORIA CLINICA FAMILIARE

Indichi con una crocetta se **qualcuno fra i suoi parenti** più stretti (genitori, fratelli):

- È morto improvvisamente senza causa  NO  SI
- Ha malattie di cuore o di circolazione  NO  SI
- Ha il diabete  NO  SI
- Ha problemi di coagulazione del sangue  NO  SI

**STORIA CLINICA PERSONALE**

Questa sezione riguarda **solo** i problemi di salute che ha o ha avuto **Lei personalmente**: risponda per cortesia a **tutte le domande**.

❖ **CONDIZIONE CARDIOLOGICA / VASCOLARE**

✓ Ha o ha avuto malattie quali:

Infarto	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Prolasso della mitrale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Crisi di angina	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Caviglie gonfie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Soffio al cuore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Svenimenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aritmie (cuore che batte in modo irregolare)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
La notte dorme con più di un cuscino	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		

Altro .....

Se ha segnato qualche SI in questa sezione, è seguito da un cardiologo/servizio di cardiologia?  NO  SI

Se SI, quando ha effettuato l'ultima visita cardiologica? .....

✓ Ha la pressione alta?  NO  SI, quant'è di solito? .....

❖ **VALUTAZIONE DEL CONSUMO DI OSSIGENO E DELLA CAPACITA' FUNZIONALE**

E' in grado di compiere almeno dei modesti sforzi fisici senza difficoltà non legate al suo eventuale problema ortopedico/chirurgico? Ad esempio:

È capace di **salire un piano di scale senza fermarsi** per riprendere fiato?  NO  SI

È capace di fare le **normali pulizie domestiche senza affaticarsi o fermarsi per riprendere fiato**?  NO  SI

Riesce a **portare senza difficoltà due sacchetti della spesa**?  NO  SI

❖ **CONDIZIONE POLMONARE**

✓ Ha o ha avuto malattie quali:

Enfisema  NO  SI

Asma  NO  SI

Bronchite cronica (tosse con catarro tutto l'anno)  NO  SI

Apnee notturne e/o russamento  NO  SI

Se SI (a quest'ultima domanda), usa qualche presidio come per esempio C-PAP?  NO  SI

Altro .....

❖ **CONDIZIONE NEUROLOGICA/PSICOLOGICA**

✓ Ha o ha avuto malattie quali:

Mal di testa frequenti  NO  SI

Emicrania  NO  SI





❖ **ANESTESIA E CHIRURGIA**

Scriva a quali interventi chirurgici è stato sottoposto, indicando a fianco di ciascuno il tipo di anestesia impiegata (generale, spinale, locale, ecc.)

Intervento	Anestesia	Data
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Segni con una crocetta se ha avuto uno o più dei seguenti problemi per un intervento:

- |                          |   |                            |   |
|--------------------------|---|----------------------------|---|
| Nausea e/o vomito        | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Dolore                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Mal di testa             | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Allucinazioni al risveglio | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Difficoltà nel risveglio | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Intubazione difficile      | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Difficoltà a respirare   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Altro .....                |   |

❖ Le hanno mai posizionato un CATETERE VESCICALE?  NO  SI

Se SI, ci sono stati problemi?  NO  SI

❖ Ha difficoltà ad urinare?  NO  SI

Se di sesso maschile, ha problemi alla prostata?  NO  SI

Se ha ancora qualcosa da segnalare, utilizzi lo spazio sottostante

.....

.....

.....

.....

Ha avuto il COVID?  NO  SI

Se SI, quando (data) ha avuto il primo tampone positivo? .....

È stato vaccinato per il COVID?  NO  SI Se SI, quando (data)? .....

Data ..... Firma del paziente (o del tutore) .....