



QUESTIONARIO ANAMNESTICO ENDOSCOPIA

Gentile Signora, Egregio Signore,
prima dell'esecuzione dell'esame Le chiediamo di compilare il seguente questionario, se necessario con l'aiuto di un familiare o del suo medico curante. Sarà utile per inquadrare le sue condizioni generali.

Grazie.

Nome
Cognome
Data di nascita
Data dell'esame

DI QUALI MALATTIE SOFFRE O HA SOFFERTO?

Malattie cardiache (infarto, aritmie)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se SÌ , quali: _____		

Ipertensione Arteriosa?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

È portatore di Pace Maker o defibrillatore impiantabile (ICD)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

Assume farmaci antiaggreganti/anticoagulanti/NAO (vedi tabella foglio prenotazione)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se SÌ , quali: _____		
data ultimo giorno di assunzione ____ / ____ / _____		

È in terapia con eparina (EBPM)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se SÌ , quale: _____		
- nome del farmaco _____		
- dosaggio _____		
- data ____ / ____ / _____ ora ____:____ ultimo giorno di assunzione		

Malattie Respiratorie (asma, bronchite, apnee notturne, ...)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se SÌ , quali: _____		

Diabete?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
----------	-----------------------------	-----------------------------

Insufficienza renale?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------	-----------------------------	-----------------------------

Glaucoma?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
-----------	-----------------------------	-----------------------------

Malattie Neurologiche (epilessia, convulsioni, Parkinson, Alzheimer, ...)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se SÌ , quali: _____		

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
08/03/2018	Questionario Anamnestico Endoscopia_rev04 (MOD - 727)	15/03/2023	04	1 di 2



QUESTIONARIO ANAMNESTICO ENDOSCOPIA

Malattie dell'apparato digerente (gastrite, ulcera, malattie infiammatorie, diverticoli, ...)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se SÌ , quali: _____		

Malattie del fegato (cirrosi, epatiti, calcolosi, ...)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se SÌ , quali: _____		

Interventi chirurgici (organi addominali, cuore, polmoni, cervello, ...)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se SÌ , quali: _____		

Presenza di ernie inguinali/addominali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se SÌ , sede: _____		

Ha un'allergia al lattice sospetta o documentata? Se SÌ contattare, il prima possibile, l'Endoscopia da Lunedì al Venerdì - dalle ore 8:30 alle ore 16:00	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
---	-----------------------------	-----------------------------

Soffre di altre allergie (farmaci, pollini, alimenti, mezzo di contrasto, ...)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se SÌ , quali: _____		

Ha avuto problemi con sedativi o anestetici, inclusa anestesia locale dal dentista?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se SÌ , quali: _____		

FARMACI CHE ASSUME ABITUALMENTE

FARMACI CHE HA ASSUNTO OGGI, GIORNO DELL'ESAME

Data: ____ / ____ / ____

FIRMA _____

FIRMA del medico specialista per presa visione _____

Data emissione	Titolo Documento	Data revisione	Numero Revisione	Pagina
08/03/2018	Questionario Anamnestico Endoscopia_rev04 (MOD - 727)	15/03/2023	04	2di 2