Questionario di pre-operatoria

Il questionario preoperatorio contiene il seguente:

- I dati demografici di base;
- Dati di base medici;
- Un questionario sullo stato di salute che compila il paziente o tutore legale.
-

Istruzioni per i pazienti

Questo questionario aiuta a fornire la migliore assistenza possibile prima, durante e dopo il trattamento.

- *E'importante completare tutte le porzioni del questionario accuratamente. Tutti i dati raccolti dal questionario sono per la vostra sicurezza e saranno considerati confidenziali.*

- *PPer favore, al piu presto possibile ritornate il questionario compilato via e-mail, al'amministratore / infermiera presso l'istituto dove l'avete preso, o, eventualmente, inviare via fax.*

- *Quando ritornerete il questionario via e-mail o lo presentate all'amministratore / infermiera, sarete contattati telefonicamente o tramite e-mail per organizzare i dettagli sulla visita. In caso di di eventuali modifiche nelle informazioni di contatto (telefono, indirizzo, e-mail), vi preghiamo di farcelo sapere al più presto possibile in modo da poter in qualsiasi momento arrivare a voi.*

- *Non dimenticate di portare un elenco di farmaci che assumete, tutte le dimissioni ospedaliere e di importanti X-ray / CT / MR immagini che sono legati alla situazione attuale.*

IL PAZIENTE DEVE COMPILARE QUESTA PAGINA DEL QUESTIONARIO

DATI DEMOGRAFICI DI BASE

NOME E

Data di nascita

Indirizzo:

Località:

Telefono / Celula

INFORMAZIONI MEDICHE DI BASE

PESO: **kg** **ALTEZZA:** **cm**

Elencare tutti i farmaci che si assumono regolarmente:

Nome del farmaco	Dose	Quante volte al giorno / settimana

THE PATIENT FILLS THIS PAGE OF THE QUESTIONNAIRE

Do you have any allergies? (To drugs, foods, latex, iodine, contrast, etc.)	--
If yes, please specify what and what was the reaction (rash, itching, choking, cardiac arrest, ishock, etc)	
Are you pregnant? (Only women of reproductive age)	--
Have you ever been treated for excessive bleeding?	--
Have you ever received a blood transfusion?	--
Do you reject a blood transfusion or blood products? **(If you reject, please attach a statement certified by a notary public)**	--
Have you or any member of your family had any complications in anesthesia?	--
If yes, please specify:	
Do you smoke? ?	--
If you smoke, please specify how many (cigarettes / day in the box):	
Do you drink alcohol?	--
If you drink, specify the type of alcoholic beverage, the amount and how often:	
Are you taking any herbal medicines regularly? (Ginkgo, ginseng, garlic, etc) **If yes, please specify:**	--
In the last month did you have a fever, shivering, cold or flu?	--
Have you been sick more seriously in the last 2 years?	--
If yes, specify what it was:	
Specify a previous operation (if any) and year (eg 2004). In which you operated:	

Have you or did you ever have ?	

High blood pressure?	--	
Pressure/tightness in the chest or angina pectoris?	--	How often?
A heart attack	--	When?
Other heart disease?	--	Which one?
Pulmonary disease with hospitalization?	--	Which one?
Shortness of breath?	--	
Shortness of breath after climbing the stairs?	--	
Do you breathe with difficulty when lying down?	--	
Chronic Bronchitis?	--	
Asthma?	--	
Do you use a reliever (eg Ventolin, Serevent)?	--	Which one?
Other lung disease?	--	Which one?
Diabetes?	--	
Do you use insulin?	--	What?
Do you take pills for diabetes?	--	
Ulcer on the stomach or the duodenum?	--	What?
Hiatal hernia and heartburn?	--	
Epilepsy?	--	Last attack:
Cerebrovascular accident (stroke)?	--	When?
Fainting?	--	
Thrombosis or embolism?	--	What?
Are you taking medication for blood clotting?	--	What?
Hepatitis or liver disease (jaundice)?	--	Which one?
Kidney disease?	--	Which one?
Thyroid Disease?	--	Which one?

Have you ever prescribed steroids? **(eg. Decortin, Medrol)** **Are you taking them now?**	--	What?
Any hereditary (familial) disease?	--	What?
Depression / other psychiatric problems?	--	
Rheumatoid arthritis?	--	
IDo you have problems with neck or back?	--	What?
Do you have problems opening your mouth?	--	If yes, enter how wide you can open your mouth? cm
Difficult to breathe through the nose?	--	
Do you have any other health problem that has not been mentioned?	--	What?
Do you have a removable dental prosthesis?	--	
If you have, what type (top, bottom, partial, total, both):	--	