Questionario anamnestico sullo stato di salute generale

Da compilare prima della pre-valutazione a distanza. I dati servono al medico per pianificare in sicurezza il trattamento. Compila al computer o stampa e scrivi a mano.

1 Dati del dichiarante

NOME E COGNOME

DATA DI NASCITA

INDIRIZZO DI RESIDENZA

DOCUMENTO (TIPO E NUMERO)

TELEFONO / WHATSAPP

E-MAIL

Compilo il questionario in qualità di:

☐ Paziente ☐ Rappresentante legale ☐ Familiare (coniuge, fratello/sorella, altro)

SE NON SEI IL PAZIENTE: NOME DEL PAZIENTE

ETÀ DEL PAZIENTE

GRADO DI PARENTELA / QUALITÀ

2 Gravidanza e ciclo

Solo per pazienti di sesso femminile in età fertile (14–55 anni).

Sei incinta o potresti esserlo? ☐ Sì ☐ No

SE SÌ, SETTIMANA DI GRAVIDANZA

Sei attualmente nel periodo del ciclo mestruale? ☐ Sì ☐ No

3 Allergie e farmaci

Soffri di allergie o intolleranze (a farmaci o ad altre sostanze)? ☐ Sì ☐ No

SE SÌ, A COSA

Segui una terapia (farmaci, omeopatia, fitoterapia, ecc.)? ☐ Sì ☐ No

SE SÌ, FARMACO/PRODOTTO E DOSE

Hai assunto antibiotici nelle ultime due settimane? ☐ Sì ☐ No

SE SÌ, FARMACO E DOSE

Assumi anticoagulanti? ☐ Sì ☐ No

FARMACO E DOSE

VALORE INR

Assumi bifosfonati (Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Zometa, Aclasta)? ☐ Sì ☐ No

FARMACO E DOSE	DA QUANTO TEMPO (MESI/ANNI)	VALORE B-CROSSLAPS

Via di somministrazione:

☐ Endovenosa ☐ Orale

4 Malattie acute o croniche

Soffri o hai sofferto di malattie acute o croniche? Se sì, indica quali qui sotto. ☐ Sì ☐ No

MALATTIE CONGENITE / PROFESSIONALI

Cuore

☐ Angina pectoris ☐ Infarto ☐ Aritmie (fibrillazione, ecc.) ☐ Blocchi di conduzione
☐ Insufficienza cardiaca ☐ Valvulopatie ☐ Endocardite infettiva ☐ Interventi cardiochirurgici

ALTRO / SPECIFICARE

Vasi sanguigni

☐ Arteriopatia obliterante ☐ Tromboflebite ☐ Ipotensione ☐ Ipertensione ☐ Ictus

ALTRO / SPECIFICARE

Apparato respiratorio

☐ Asma bronchiale ☐ Enfisema ☐ Bronchite cronica ☐ Tubercolosi

ALTRO / SPECIFICARE

Apparato digerente e fegato

☐ Gastrite / ulcera ☐ Steatosi epatica ☐ Epatite cronica ☐ Cirrosi

ALTRO / SPECIFICARE

Reni

☐ Insufficienza renale ☐ Emodialisi

ALTRO / SPECIFICARE

Diabete

☐ Terapia con insulina ☐ Antidiabetici orali

ALTRO / SPECIFICARE

Sistema endocrino

☐ Ipotiroidismo ☐ Ipertiroidismo

ALTRO / SPECIFICARE

Reumatologia e scheletro

☐ Artrite reumatoide ☐ Collagenopatie ☐ Osteoporosi

ALTRO / SPECIFICARE

Sistema nervoso e psiche

☐ Epilessia ☐ Depressione ☐ Schizofrenia ☐ Attacchi di panico

ALTRO / SPECIFICARE

Sangue

☐ Anemia ☐ Talassemia ☐ Leucemia acuta ☐ Leucemia cronica ☐ Emofilia ☐ Trombocitopenia

☐ Malattia di von Willebrand

ALTRO / SPECIFICARE

Malattie infettive

☐ Epatite B ☐ Epatite C ☐ Epatite D ☐ HIV

ALTRO / SPECIFICARE

TUMORI / ALTRE MALATTIE

IPERTENSIONE: VALORE MASSIMO MISURATO (MMHG) | INFARTO / ICTUS: QUANDO | INSUFFICIENZA CARDIACA: CLASSE NYHA

5 Interventi chirurgici e trasfusioni

Hai già subito interventi chirurgici? ☐ Sì ☐ No

SE SÌ, QUALI INTERVENTI

Tipo di anestesia:

☐ Locoregionale ☐ Sedazione ☐ Generale

ALTRO / SPECIFICARE

Ci sono stati incidenti durante o dopo l'intervento? ☐ Sì ☐ No

SE SÌ, SPECIFICARE

Hai ricevuto trasfusioni di sangue o emoderivati? ☐ Sì ☐ No

6 Precedenti cure dentali

Hai già fatto cure dentali? ☐ Sì ☐ No

Le cure sono state eseguite:

☐ Senza anestesia ☐ Anestesia locale ☐ Locale + sedazione inalatoria ☐ Locale + sedazione endovenosa ☐ Anestesia generale

Ci sono state complicazioni con l'anestesia nelle cure precedenti? ☐ Sì ☐ No

Se sì:

☐ Svenimento ☐ Nausea ☐ Allergia

ALTRO / SPECIFICARE

7 Abitudini

Fumi o hai fumato? ☐ No ☐ Sì

QUANTITÀ E DA QUANTO TEMPO

Consumi o hai consumato alcol? ☐ No ☐ Sì

QUANTITÀ E DA QUANTO TEMPO

PROBLEMI QUANDO HAI SMESSO?

Fai uso di droghe? ☐ No ☐ Sì

SE SÌ, QUALI

8 Dichiarazione

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra e che i dati forniti in questo questionario sono veri e completi. Mi assumo la piena responsabilità per eventuali incidenti o complicazioni dovuti a dati falsi o incompleti.

DATA DI COMPILAZIONE

FIRMA DEL DICHIARANTE*

** Se compila un rappresentante legale o un familiare, indicare in chiaro nome, cognome e qualità rispetto al paziente.*