

## QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE PRE-OPERATORIA

Gentile Signora, Egregio Signore  
compili cortesemente il questionario; le risposte che darà permetteranno al Medico anestesista di adottare i  
provvedimenti anestesiológicos a Lei più idonei.

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Età ..... Peso Kg ..... Altezza cm .....

E' allergico a : pollini, sostanze, frutta, altri cibi ? NO SI Se si quali ? .....

.....

E' allergico a farmaci ? NO SI Se si quali ? .....

.....

E' allergico alla gomma ? NO SI

Fuma ? NO SI Se si quanto ? .....

Ha smesso di fumare ? SI Da quanto ? .....

Beve regolarmente vino o alcolici ? NO SI Se si quanto ? .....

Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti ? NO SI Se si quali ? .....

.....

Ha subito trasfusioni di sangue ? NO SI .....

Ha protesi dentarie o dentatura instabile ? NO SI .....

Ha protesi acustiche o lenti a contatto ? NO SI .....

Le si formano facilmente ecchimosi o ematomi ? NO SI .....

Sanguina a lungo dopo una ferita ? NO SI .....

Le manca il respiro dopo aver fatto un piano di scale ? NO SI .....

Ci sono malattie ereditarie nella sua famiglia ? NO SI .....

### Soffre o ha sofferto di qualcuna delle seguenti malattie ?

Asma bronchiale NO SI .....

Bronchite cronica NO SI .....

Tubercolosi NO SI .....

Enfisema polmonare NO SI .....

Embolia polmonare NO SI .....

Infarto miocardico o angina NO SI .....

Aritmie cardiache NO SI .....

