

QUESTIONARIO DA PORTARE ALLA VISITA ANESTESIOLOGICA

Gentile Signora,

La preghiamo di compilare questo questionario al fine di migliorare la valutazione dell'eventuale anestesia/analgesia a cui dovrà o potrà essere sottoposta.

NOME _____ COGNOME _____ Età _____

Peso prima della gravidanza Kg _____ Peso attuale Kg _____
Altezza cm. _____ Settimana di gestazione _____

Gravidanza:

questa è la I gravidanza ho avuto almeno un parto

Soffre di allergie stagionali, alimentari o di altro genere? NO SI

E' allergica a qualche medicinale? NO SI

Fuma? NO SI quanto? _____

Fumava prima della gravidanza? NO SI quanto? _____

Beve abitualmente vino e superalcolici? NO SI

Ha protesi fisse o mobili? (protesi dentarie, dentiere, lenti a contatto ecc.) NO SI

Ha tatuaggi? NO SI

Ha mai fatto uso di stupefacenti o droghe? NO SI

Assume abitualmente farmaci? NO SI quali? _____

Ha mai avuto una visione doppia? NO SI

Soffre di mal di testa? NO SI

Sanguina facilmente se si produce una ferita o quando si lava i denti? NO SI

E' mai stata sottoposta ad anestesia? SI NO

Ha mai ricevuto un'anestesia locale per cure dentarie? NO SI

E' mai stata operata? NO SI

Intervento

Anno

Con quanti cuscini dorme? _____

Soffre o ha mai sofferto:

- Pressione arteriosa alta prima della gravidanza
- Pressione arteriosa alta durante la gravidanza
- Varici
- Caviglie gonfie
- Pressione arteriosa bassa
- Asma
- Bronchite/Polmonite
- Valori elevati di albumina nelle urine
- Cistiti o altre infezioni renali
- Insufficienza renale/Dialisi
- Acidità di stomaco e difficoltà digestive
- Ulcera gastroduodenale
- Ernia iatale
- Diabete prima della gravidanza
- Diabete durante la gravidanza
- Ernia del disco lombare
- Sciatica
- Scoliosi
- Epilessia
- Vertigini
- Ictus
- Svenimenti frequenti

Data

Firma