

INDAGINI PREOPERATORIE EFFETTUATE DAL MEDICO DI FAMIGLIA
da consegnare durante la visita di prericovero oppure inviare via fax

DATI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____
Via _____ Cap _____ Città _____
Telefono _____ Data di nascita _____

MEDICO DI FAMIGLIA

Telefono _____

Diagnosi principali

1 _____ 4 _____
2 _____ 5 _____
3 _____ 6 _____

Operazioni / ospedalizzazioni

si no

Se si, quando?	Ospedale	Motivo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Anamnesi

Ipertensione arteriosa no si, da quando

Malattia coronarica no si:

Malattie valvolari no si:

Altre cardiopatie no si:

Funzione cardiaca normale ridotta (FE se conosciuta:.....)

Arteriopatia periferica no si:

BPCO no si:

Asma no si:

Altre malattie polmonari no si:

Disturbi della funzione renale no si: (Clearance se conosciuta:

Disturbi della funzione epatica no si:

Altri disturbi gastrointestinali no si:

Diabete mellito no si:

Malattie della tiroide no si:

Disturbi della coagulazione no si:

Disturbi neurologici no si:

Malattie muscolari no si:

Disturbi psichici no si:

Fumo no si:

Alcol no si:

Problemi/incidenti anestesiolgici no si:

Capacità allo sforzo: salire le scale senza pausa più di 2 rampe di scale solo 2 rampe 1 rampa di scale o meno**Allergie?** si no

Se sì, quali?(per esempio: farmaci, cerotti, iodio, lattice, alimenti, metalli)

Terapie in atto? si noSe sì, allegare obbligatoriamente lista dei medicinali assunti a domicilio, compilata dal medico di famiglia, oppure copia della ricetta per farmacia.**Prende antiaggreganti?** si no

Se sì, quali? Che nome hanno e e quando li prende?

Prende anticoagulanti? si no

Se sì, quali? Che nome hanno e e quando li prende?

Status

Data

/ /

Altezza cm

Peso: kg

PA:mmHg

P:...../min

Auscultazione cuore / polmoni:

Avete eseguito degli esami negli ultimi 3 mesi? si no

Se sì, quali?

(P.f. allegare copie)

Altre osservazioni

Data

Firma e Timbro medico di famiglia