

FORMULARIO PRERICOVERO

Da consegnare durante la visita di prericovero oppure inviare via fax

Cara Paziente, Caro paziente,

Lei è stata/o annunciata/o per un intervento chirurgico in una delle nostre cliniche. La preghiamo di rispondere alle seguenti domande e di portare con sé il documento compilato quando verrà alla visita di prericovero presso la clinica dove verrà operata/o. Grazie mille!

SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO

DATI DEL PAZIENTE

Cognome

Nome

Data di nascita

Altezza cm

Peso kg

MEDICO DI FAMIGLIA

Tel. no.

È stata/o sottoposto a visite specialistiche o a cure mediche negli ultimi 6 mesi?

sì no

Se sì, quando, dove e perché?

È già stata/o ricoverato per un problema di salute o intervento chirurgico?

sì no

Se sì, quando, dove e perché?

Ha avuto problemi durante un intervento chirurgico o anestesia, oppure è successo ad un suo parente?

Se sì, cosa?

sì no

Quanti gradini riesce a salire senza pausa?

più di 20 gradini

più di 10 gradini

meno di 10 gradini

Ha allergie?

Se sì, quali? (p.es.: farmaci, cerotti, iodio, lattice, alimenti, metalli)

sì no

Prende regolarmente farmaci?

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

sì no

Prende antiaggreganti?

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

sì no

Prende anticoagulanti

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

sì no

Soffre o ha sofferto di uno dei seguenti problemi di salute?

SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO

Pressione alta	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Dolori toracici (angina pectoris)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, con che frequenza?
Altri problemi al cuore (p.es. problemi valvolari, polso irregolare, pace-maker)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quale?
Difficoltà a respirare (p.es. da sdraiati)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quando?
Bronchite cronica	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, cambiamenti?
Asma	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quando?
Altri problemi respiratori (p.es. apnea del sonno)	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quale?
Bruciore di stomaco o reflusso	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quando?
Diabete	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Epilessia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quanto spesso?
Ictus	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Vertigini	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quando?
Attacchi di panico	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quando?
Sindrome delle gambe senza riposo	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quando?
Problemi alla schiena	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, cosa?
Trombosi o embolie	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, cosa?
Frequenti sanguinamenti da naso/genitive, oppure ematomi	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quando?
Anemia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Problemi renali	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quali?
Problemi al fegato	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quali?
Fuma?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quanto al giorno?
Beve alcool?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quanto al giorno?
Il suo peso è cambiato molto negli ultimi 4 mesi?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quanto?
	Perso e aumentato?
Le risulta una gravidanza in atto?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

Soffre di altri problemi di salute non citati sopra? Se sì, quali?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
--	---

.....
Data.....
Firma del paziente.....
Firma del genitore o rappresentante legaleClinic Ars Medica
tel. 091 611 62 68
fax 091 611 62 65Clinic Sant'Anna
tel. 091 985 12 72
fax 091 985 13 58