

---

## FORMULARIO PRERICOVERO

Da consegnare durante la visita di prericovero oppure inviare via fax

SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO

Cara Paziente, Caro paziente,

Lei è stata/o annunciato 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!

### 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?** sì  no   
Se sì, cosa?

---

**Quanti gradini riesce a salire senza pausa?**  
 più di 20 gradini     più di 10 gradini     meno di 10 gradini

---

**Ha allergie?** sì  no   
Se sì, quali? (p.es.: farmaci, cerotti, iodio, lattice, alimenti, metalli)

---

**Prende regolarmente farmaci?** sì  no   
Se sì, quali? Che nome hanno e quando li prende?

---

**Prende antiaggreganti?** sì  no   
Se sì, quali? Che nome hanno e quando li prende?

---

**Prende anticoagulanti** sì    
no  
Se sì, quali? Che nome hanno e quando li prende?

---

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

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

.....  
Data

.....  
Firma del paziente

.....  
Firma del genitore o rappresentante legale