

INDAGINI PREOPERATORIE EFFETTUATE DAL MEDICO DI FAMIGLIA

da consegnare durante la visita di prericovero oppure inviare via mail/fax

DATI DEL PAZIENTE

Cognome	Nome	
Via	Cap	Città
Telefono	Data di nascita	

MEDICO DI FAMIGLIA

Cognome e nome	Telefono
----------------	----------

Diagnosi principali

1	2
3	4
5	6

Operazioni / Ospedalizzazioni

sì no

Se sì, quando?	Ospedale	Motivo

Anamnesi

Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, da quando.....
Malattia coronarica	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Malattie valvolari	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Altre cardiopatie	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Funzione cardiaca	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> ridotta (FE se conosciuta:.....)
Arteriopatia periferica	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
BPCO	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Asma	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Altre malattie polmonari	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Disturbi della funzione renale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì: (Clearance se conosciuta:))
Disturbi della funzione epatica	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Altri disturbi gastrointestinali	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Malattie della tiroide	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Disturbi della coagulazione	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Disturbi neurologici	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Malattie muscolari	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Disturbi psichici	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Fumo	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Alcol	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:
Problemi/incidenti anestesiolgici	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì:

SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO

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

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

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

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

Prende anti-coagulanti? sì no

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

Status data ____ / ____ / ____
--

Altezza _____ cm Peso _____ kg PA: _____ mmHg P: _____ /min.

Auscultazione cuore / polmoni:

Avete eseguito esami negli ultimi 3 mesi? sì no

Se sì, quali?

(Pf. Allegare copie)

Altre osservazioni

Data _____

Firma e timbro medico di famiglia _____

INDAGINI PREOPERATORIE EFFETTUATE DAL MEDICO DI FAMIGLIA