

CARTELLA ANAMNESTICA

Dati del paziente

Cognome: Nome: D.N.: ... / ... /
Tel: Residenza:

Anamnesi familiare

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

Malattie di cuore	NO	SI	Diabete mellito	NO	SI
Morte improvvisa	NO	SI	Mal. Tiroidee	NO	SI
Infarto del miocardio	NO	SI	Mal. Polmonari	NO	SI
Ipertensione	NO	SI	Mal. Neurologiche	NO	SI
Colesterolo alto	NO	SI	Tumori	NO	SI
Obesità	NO	SI	Asma/Allergie	NO	SI

Specificare
.....
.....
.....
.....

Anamnesi fisiologica

È nata/o da parto naturale e a termine SI NO
Ha avuto allattamento al seno SI NO
Vaccinazione antitetanica NO NON SO SI ultimo richiamo:
Come considera il suo attuale stato di salute? buono medio cattivo
Fuma NO SI
Se sì, quante sigarette in media al giorno e da quanto tempo?
Beve alcolici NO SI quanto?
Beve caffè/the/coca-cola NO SI quanto?
Età prima mestruazione anni. Data ultima mestruazione / /
Anomalie del ciclo mestruale NO SI
Assume la pillola anticoncezionale NO SI

Anamnesi patologica

Ha sofferto / Soffre di:

Allergie NO SI quali:
Aspirina NO SI Eparina NO SI
Lidocaina NO SI Carbocaina NO SI Bupivacaina NO SI
Polvere NO SI Alimenti NO SI
Altro (specificare)

Asma bronchiale NO SI
 Altre mal. respiratorie NO SI quali?
 Otitis/Sinusiti NO SI
 Anemia NO SI che tipo?
 Epilessia NO SI
 Svenimenti NO SI quando?
 Malattie di cuore NO SI quali?

 Palpitazioni NO SI quando e/o da quanto tempo?

 Dolore toracico NO SI quando e/o da quanto tempo?

 Dispnea (affanno) NO SI Se Si da quanto tempo?
 Se Si quando? Camminando Correndo A riposo
 Mai svegliata/o per l'affanno? NO SI
 Con quanti cuscini dorme (numero)?
 Riesce a salire due rampe di scale senza affanno? NO SI
 Infarto cardiaco NO SI quando?

 Pressione elevata NO SI Prende farmaci? NO SI Quali?

 Diabete mellito NO SI Prende insulina? NO SI Quali farmaci
 assume?
 Colesterolo elevato NO SI Prende farmaci? NO SI Quali?

 Edemi (gonfiore) alle caviglie NO SI Dx SN
 Se si da quanto? Specificare
 Flebiti NO SI
 Se si quando? Specificare
 A quale gamba? Specificare
 Trombosi venose NO SI Superficiali Profonde
 Se si quando? Specificare
 A quale gamba? Specificare
 Ulcere alla gamba NO SI Dx SN
 Se si quando? una sola volta più volte
 Come si è manifestata?

 Da quanto tempo?
 Malattie polmonari NO SI quali (bronchite /asma / enfisema polmonare) e
 quando

 Vertigini NO SI quando e/o da quanto tempo?

Svenimenti NO SI quando e/o da quanto tempo?

Disturbi visivi NO SI

Cefalea NO SI

Malattie gastro-intestinali NO SI quali?

 Nausea, vomito NO SI da quanto tempo?

 Diarrea NO SI da quanto tempo?

 Ulcera gastrica/duodenale NO SI Guarita? NO SI

 Se Si da quanto tempo?

 Se No quali farmaci prende?

Malattie del fegato/vie biliari NO SI quali?

 Epatite virale NO SI

 Quale epatite virale? A B C

 HIV NO SI

Malattie veneree (trasmissibili sessualmente) NO SI Quale?

Malattie muscolo-scheletriche NO SI quali?

Malattie neurologiche NO SI quali?

 Epilessia NO SI Da quanto tempo?

 Farmaci assunti:

Malattie tiroidee NO SI quali?

Altre malattie endocrine NO SI quali?

Neoplasie (Tumori) NO SI quali?

Malattie psichiatriche NO SI depressione? NO SI altro

Malattie dei reni/vie urinarie NO SI quali?

Malattie ematologiche NO SI quali?

 Trombofilia NO SI tipo

Altre malattie (specificare) NO SI

Portatore di Pacemaker NO SI

Portatore di protesi dentarie NO SI Se Si quali? fisse mobili

Portatore di pearcing NO SI

Precedenti anestesie NO SI Problemi? NO SI

Interventi chirurgici subiti? NO SI

Se si, indicare tipo di intervento e data

Fratture, lussazioni, distorsioni, traumi cranici o altri infortuni subiti NO SI

Se si, indicare tipo di lesione ed età
.....
.....

Terapie in corso: NO SI Se Si quali?
Cortisone (cronicamente) NO SI Quale?
Anticoagulanti NO SI Quali?
Antinfiammatori NO SI Quali?
Ansiolitici NO SI Quali?
Sostanze stupefacenti NO SI Quali?
Altri
.....
.....
.....

Da compilare e consegnare al medico al momento della visita. Questa scheda, una volta compilata, entrerà a far parte della cartella clinica

Data

Firma leggibile del Paziente

.....

Data e Firma leggibile del Medico

.....

QUESTIONARIO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI A RISCHIO DI REAZIONE AL LATTICE

1_ Le è stata diagnosticata l'allergia al lattice? Si No

se Si, alleggi la documentazione fornita dal servizio di allergologia e non prosegua nella compilazione del questionario.

se No prosegua nella compilazione del questionario

2_ Ha mai avuto:

gonfiore o prurito alle mani utilizzando guanti di lattice? Si No

gonfiore o prurito alle labbra gonfiando palloncini? Si No

reazioni allergiche a preservativi o al diaframma? Si No

3_ In occasione di prestazioni mediche (riportate a fianco) ha mai presentato uno dei seguenti sintomi:

gonfiore o prurito locali a livello cutaneo o delle mucose, sintomi a livello delle vie respiratorie quali naso che gocciola, starnuti, tosse stizzosa, sibili respiratori, affanno, shock anafilattico?

Si No

4_ Se in passato è stato sottoposto ad intervento chirurgico, le hanno riferito di reazione allergica e/o anafilassi durante l'intervento ?

Si No

5_ È stato sottoposto a ripetuti e importanti interventi chirurgici da bambino (ad es. interventi per spina bifida o per altre malformazioni)?

Si No

6_ Dopo aver assunto frutta quale: banana, kiwi, castagna, ananas, avocado e fico, ha mai presentato uno dei seguenti sintomi:

prurito e/o gonfiore delle labbra, del cavo orale, della cute; difficoltà respiratoria; dolore addominale, vomito, diarrea; sensazione di svenimento ?

Si No

Da compilare e consegnare al medico al momento della visita. Questa scheda, una volta compilata, entrerà a far parte della cartella clinica

Data

Firma leggibile del Paziente

.....