

ENDOSCOPIA DIGESTIVA IN SEDAZIONE PROFONDA

SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE DEL PAZIENTE

COGNOME E NOME

Indirizzo.....

Telefono..... Data di Nascita.....

ESAME PROPOSTO.....COLONSCOPIA GASTROSCOPIA

Ha mai avuto	NO	SI	Dettagli
1. Dolori Toracici a riposo o sotto sforzo?			
2. Problemi al cuore?			
3. Mancanza di respiro?			
4. Malattie dei polmoni (asma,bronchite,...)?			
5. Ipertensione?			
6. Epilessia?			
7. Problemi di fegato o ittero?			
8. Gastrite o altri problemi gastrointestinali?			
9. Problemi ad urinare o ai reni?			
10. Anemia o altre malattie del sangue?			
11. Sanguinamenti o facilità a produrre ematomi?			
12. Artrite, artrosi o malattie dei muscoli?			
13. Diabete?			
14. Interventi chirurgici (elencarli)			
15. Problemi con altre anestesie?			
16. Precedenti ricoveri ospedalieri?			
17. Allergie o reazioni a medicinali?			
18. Prende medicine? Quali?			
19. Fuma? Quanto?			
20. Beve vino, birra o superalcolici? Quanto?			

Per le donne	NO	SI	Dettagli
21. E' in gravidanza o potrebbe esserlo?			
22. Prende la pillola?			
23. C'è qualche altra cosa che il chirurgo e l'anestesista dovrebbero sapere?			

N.B : la paziente si impegna a segnalare tempestivamente e comunque prima dell'intervento, il probabile o sicuro stato di gravidanza

Lei porta	NO	SI	Dettagli
24. Dentiera o Corone dentali?			
25. Lenti a contatto?			
26. Pace-maker?			
27. Apparecchi acustici?			
28. Impiega più di un'ora per andare da casa all'ospedale in automobile?			

In caso di intervento può	NO	SI	Dettagli
29. Essere accompagnato a casa in auto?			
30. Avere un agevole accesso a casa?			
31. Avere un familiare che le possa dare assistenza?			
32. Avere un recapito telefonico a casa?			

La preghiamo di segnalarci ogni altro elemento che Lei giudica importante

ACCOMPAGNATORE

Cognome e Nome.....

Data

Firma del Paziente.....

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto la Scheda informativa relativa agli Esami Endoscopici in Sedazione profonda ed alla Sedazione in Endoscopia Digestiva

Firma del Paziente.....