

ITER DI VALUTAZIONE PREOPERATORIA

RICHIESTA DI VISITA ANESTESIOLOGICA

COMPILAZIONE A CURA DEL CHIRURGO

UNITA' OPERATIVA _____

COGNOME E NOME _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Diagnosi _____

Intervento _____

Classe di priorità A B C D DAY SURGERY

Note del Chirurgo _____

DATA _____ Timbro e firma del Chirurgo _____
(OBBLIGATORI)

**ATTENZIONE: COMPILARE TUTTE LE PAGINE SEGUENTI
PRIMA DELLA VISITA ANESTESIOLOGICA**

DATI UTILI

Recapiti telefonici del Paziente _____

Nome e recapito del Medico di Medicina Generale _____

Per prenotare la visita anestesiologicala potete:

1. Telefonare al CUP (n. verde 800403960) con orario 8-16 dal lunedì al venerdì
2. Prenotare personalmente agli sportelli del CUP con orario:
 - 8-17 dal lunedì al venerdì
 - 8-12 il sabato mattina (solo all'ingresso da viale Rodolffi)
3. Rivolgetevi ai Distretti od alle farmacie abilitate

Il giorno della visita anestesiologicala:

- **Presentarsi con questa richiesta** (non serve l'impegnativa del vostro Medico!) e **con la tessera sanitaria** al Poliambulatorio dell'Ospedale di Vicenza (Area Chiostro)
- Presentare il questionario allegato alla presente richiesta compilato in ogni sua parte (può farsi aiutare dal suo Medico di Medicina Generale)
- Portare tutta la documentazione medica in possesso, anche quella che non riguarda l'intervento (soprattutto se avete altri problemi di salute importanti)
- Si raccomanda la **massima puntualità**; in caso di ritardo l'appuntamento verrà assegnato ad un altro paziente

LE RACCOMANDIAMO di portare a questa visita **TUTTA LA DOCUMENTAZIONE MEDICA** in suo possesso (esami del sangue, ECG, Rx torace, referti di visite specialistiche, lettere di dimissione, ecc.) e l'**ELENCO DEI FARMACI** che prende abitualmente.

INFORMAZIONI GENERALI - **Peso** _____ **Altezza** _____

Segnare con una crocetta le risposte alle seguenti domande

Fuma? No { Non ho mai fumato Si { quante sigarette _____
 Ho smesso da _____ da quanto tempo _____

Beve alcoolici? No Si quanto _____

È allergico a: - Farmaci? No Si quali _____

- Altre sostanze (lattice, cerotti, ...) No Si quali _____

Porta lenti a contatto? No Si

Ha piercings? No Si → Dove _____

Ha apparecchi ortodontici o protesi dentarie? No Si fisse (ponti, impianti)

mobili

E' donatrice/donatore di sangue? No Si

Se è una donna in età fertile { sa di essere in **stato di gravidanza**? No Si
prende la **pilola** anticoncezionale? No Si

VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI COMPIERE SFORZI

Per noi è importante capire se Lei è in grado di compiere almeno dei modesti sforzi fisici senza difficoltà.

Ad esempio:

E' capace di **salire un piano di scale senza fermarsi** per riprendere fiato? No Si

E' capace di fare le **normali pulizie domestiche senza affaticarsi**? No Si

Riesce a **portare senza difficoltà due sacchetti della spesa**? No Si

STORIA CLINICA FAMILIARE

Indichi con una crocetta se **qualcuno fra i suoi parenti** più stretti (genitori, fratelli, zii, nonni):

- È morto improvvisamente senza causa
- Ha malattie di cuore o di circolazione
- Ha il diabete
- Ha l'asma o allergie a farmaci
- Ha problemi di coagulazione del sangue

FARMACI

Scriva **TUTTE** le medicine che prende di solito (per il cuore, per la pressione, per il diabete, per la circolazione del sangue, per altri problemi...) e indichi quant'è la dose giornaliera:

Farmaco	Dose
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ANESTESIA E CHIRURGIA

Scriva a quali interventi chirurgici è stato sottoposto, indicando a fianco di ciascuno il tipo di anestesia impiegata (generale, spinale, locale, ecc.)

Intervento	Anestesia
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Segni con una crocetta se ha avuto problemi dopo un intervento

- Nausea e/o vomito
- Mal di testa
- Difficoltà nel risveglio
- Difficoltà a respirare
- Dolore
- Allucinazioni al risveglio
- Intubazione difficile
- Altro _____

Se ha ancora qualcosa da segnalare, utilizzi lo spazio sottostante

Data _____

Firma del paziente (o del tutore) _____