

Questionario sulla salute del bambino

Cari genitori

Vostro figlio deve sottoporsi a un trattamento, a un esame o a un intervento chirurgico in anestesia. Per poter curare vostro figlio con la massima sicurezza e attenzione possibile, abbiamo bisogno di informazioni precise sul suo stato di salute. Vi ringraziamo per aver compilato con cura questo questionario e per avercelo restituito tempestivamente.

DATI PERSONALI

Nome (bambino):	Cognome (bambino):	
Data di nascita (bambino):	Dimensioni:	Peso:
Nome e cognome dei genitori:	Telefono (cellulare):	
Pediatra (nome, luogo, numero di telefono):		

TRATTAMENTO/OPERAZIONE PROGRAMMATA:	Data di intervento:
-------------------------------------	---------------------

TRATTAMENTI/OPERAZIONI PRECEDENTI	SI	NO
Suo figlio ha già subito un'anestesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se SI, perché?		
Ci sono stati problemi con l'anestesia precedente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se SI, quali?		
Qualche consanguineo ha avuto problemi in relazione all'anestesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se SI, quali?		

NASCITA/INFANZIA	SI	NO
Il suo bambino è prematuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se SI, in quale settimana di gravidanza è nato il suo bambino?		
Ci sono stati problemi nelle prime settimane dopo la nascita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se SI, quali problemi?		

LO STATO DI SALUTE ATTUALE DEL BAMBINO	SI	NO
Suo figlio è attualmente raffreddato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete l'impressione che le prestazioni fisiche di vostro figlio siano inferiori a quelle dei bambini della stessa età?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi cardiaci (difetto cardiaco, aritmia cardiaca, operazione al cuore, soffio al cuore, malattia delle valvole cardiache)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressione sanguigna/problemi circolatori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie polmonari (fibrosi cistica, asma, bronchite)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiro affannoso/cianosi (labbra blu) durante lo sport o lo sforzo fisico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea notturna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie del sangue o della coagulazione (ad es. leucemia, anemia, frequenti epistassi, tendenza alle ecchimosi o alle emorragie cutanee)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie metaboliche (ad es. Diabete, malattie della tiroide, disturbi metabolici congeniti)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie del fegato o dei reni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi addominali/stomaci (ad es. Malformazione del tratto gastrointestinale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie neurologiche (ad es. Epilessia, paralisi, paralisi cerebrale, idrocefalo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie muscolari (ad es. Distrofia muscolare)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie mentali (autismo, ADHD, disturbi alimentari, ansia, attacchi di panico)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre malattie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie e intolleranze? Se SI, quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Se si dispone di un passaporto per le allergie, portarlo con sé il giorno dell'anestesia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome:

Suo figlio prende regolarmente dei farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se SI, quali?		
Suo figlio (adolescente) consuma nicotina, alcol, droghe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Se SI, quali e con quale frequenza?		
Il bambino ha i denti allentati («denti che oscillano»)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voi (genitori, assistenti) fumate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMENTI/DOMANDE

Vi preghiamo di comunicarci se il stato di salute di vostro bambino dovesse subire variazioni nel periodo precedente l'intervento (ad es. raffreddore, febbre, nuovi farmaci, ecc.).

Si prega di inviare questo modulo almeno 5 giorni prima dell'intervento previsto:

AnästhesieZentrum.ch AG, Schaffhauserstrasse 124, 8057 Zürich, o per e-mail a: anaesthesiezentrum@hin.ch

Luogo, Data

Firma

Dichiarazione sulla protezione dei dati/Condizioni generali di contratto

Con la mia firma confermo il mio consenso al trattamento dei dati di mio figlio, all'accesso ai dati da parte del medico e alla divulgazione dei dati a terzi in conformità alle informazioni sul paziente riportate nella pagina precedente. Autorizzo inoltre i medici di AnästhesieZentrum.ch AG a richiedere dati medici ad altri medici o istituzioni mediche.

Sono consapevole dei possibili rischi dello scambio di dati personali particolarmente sensibili (possibile accesso da parte di terzi non autorizzati attraverso canali di comunicazione non sicuri) e dei miei diritti e do il mio consenso al contatto reciproco tra il mio medico e me in qualità di paziente attraverso le informazioni di contatto fornite sopra. I dati del paziente saranno trasmessi dallo studio medico solo attraverso canali di comunicazione sicuri. Accetto che le questioni amministrative, come la riprogrammazione degli appuntamenti, possano essere gestite tramite comunicazioni via e-mail non criptate.

Il trattamento (raccolta, archiviazione, utilizzo e conservazione) dei dati del paziente si basa sul contratto di trattamento e sui requisiti legali per l'adempimento dello scopo del trattamento e degli obblighi connessi. Da un lato, i dati vengono raccolti dal medico curante come parte del trattamento. Dall'altro lato, riceviamo dati anche da altri medici e operatori sanitari presso i quali vostro figlio è stato o è in cura, se avete dato il vostro consenso. Nell'anamnesi saranno trattati solo i dati relativi al trattamento medico. L'anamnesi comprende le informazioni personali fornite nel modulo del paziente, come i dati anagrafici, i dati di contatto e i dati assicurativi, nonché i colloqui informativi svolti nell'ambito del trattamento, i dati sanitari raccolti come l'anamnesi, le diagnosi, i suggerimenti terapeutici e i risultati.

Avete il diritto di ricevere informazioni sui dati personali di vostro figlio in qualsiasi momento, fino al compimento del 18° anno di età. È possibile visualizzare la propria storia clinica o richiederne una copia. L'ottenimento di una copia può comportare un costo. I costi saranno comunicati in anticipo e dipenderanno dal tempo e dall'impegno necessari per produrre la copia.

Con la mia firma accetto inoltre le condizioni generali di contratto di AnästhesieZentrum.ch AG, consultabili in qualsiasi momento al seguente link: <https://www.anaesthesiezentrum.ch/terms-and-conditions>

Luogo, Data

Firma