

## Questionario sulla salute degli adulti

Gentile paziente

Lei ha in programma un trattamento, un esame o un intervento chirurgico in anestesia. Per poterla trattare con la massima sicurezza e cura possibile, abbiamo bisogno di informazioni precise sul suo stato di salute. La ringraziamo per aver compilato con cura questo questionario e per avercelo restituito tempestivamente.

### DATI PERSONALI

Nome:		Cognome:	
Data di nascita:	Telefono:	Altezza:	Peso:
Medico di famiglia (Nome, luogo, numero die telefono):			

TRATAMENTO/OPERAZIONE PERVISTA:	Data dell'intervento:
---------------------------------	-----------------------

TRATTAMENTI/OPERAZIONI PRECEDENTI	SI	NO
Ha già subito un'anestesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, che tipo di anestesia?		
Ci sono stati problemi con l'anestesia precedente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, quali?		
Ci sono stati problemi con i consanguinei in relazione all'anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IL VOSTRO STATO DI SALUTE ATTUALE	SI	NO
Attualmente si sente in salute e in forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesce a salire 2 rampe di scale senza difficoltà (senza fiato corto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressione arterisa alta (barrare anche SI se ben controllata con farmaci)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie cardiache (angina perctoris, infarto, stenz, insufficienza cardiaca, malattie delle valvole cardiache, condizioni dopo un intervento chirurgico al cuore, condizioni dopo reanimatione)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aritmia cardiaca (ad es. fibrillatione atriale, pacemaker, defibrillatore)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie vascolari (disturbi venosi, condizione dopo trombosi/embolia polmolare, malattia occlusiva arteriosa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie pulmonari (asma, bronchite cronica, ossigenazione domicilare)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindrome da apnea del sonno (OSAS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, dispone di un dispositivo terapeutico)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie metaboliche (ad es. diabete, malattie della tiroide, colesterolo)?	<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 del fegato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie renali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemi di stomaco (ad es. Bruciore di stomaco, reflusso, bypass gastrico, bendaggio gastrico)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie muscolari (ad es. debolezza musolare, distrofia muscolare)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie mentali (depressione, ansia, attacchi di panico, burnout, ADHD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donne in età fertile: potrebbe esserci una gravidanza in corso?	<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"/>
<b>(Se si dispone di un passaporto per le allergie, portarlo con sé il giorno dell'anestesia)</b>		
Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome:

Conome:

Assume regolarmente altri farmaci? Se SI, quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consuma alcolici? se SI, con quale frequenza e in quale quantità?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuma? Se SI, quante sigarette al giorno? da quanti anni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fa uso di droghe? Se SI, quali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porta la dentiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### COMMENTI / DOMANDE

--

**La preghiamo di informarci se il suo stato di salute dovesse cambiare nel periodo precedente l'intervento (ad es. raffreddore, febbre, nuovi farmaci, ecc.).**

**Si prega di inviare il presente modulo almeno 5 giorni prima dell'intervento previsto a:**

AnästhesieZentrum.ch AG, Schaffhauserstrasse 124, 8057 Zürich, o via e-mail a: [anaesthesiezentrum@hin.ch](mailto: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 miei dati, all'accesso ai dati da parte del medico e alla divulgazione dei dati a terzi in conformità alle informazioni per i pazienti riportate nella pagina precedente.

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 vostri dati si basa sul contratto di trattamento e sui requisiti di legge per l'adempimento dello scopo del trattamento e dei relativi obblighi. Da un lato, i dati vengono raccolti dal medico curante nell'ambito del trattamento. Dall'altro lato, riceviamo dati anche da altri medici e operatori sanitari presso i quali siete stati o siete in cura, se avete dato il vostro consenso. Nell'anamnesi vengono trattati solo i dati relativi al trattamento medico. L'anamnesi comprende i dati personali forniti nel modulo del paziente, come i dati anagrafici, i dati di contatto e i dati assicurativi, nonché, tra l'altro, le consultazioni effettuate nell'ambito del trattamento, i dati sanitari raccolti come l'anamnesi, le diagnosi, i suggerimenti terapeutici e i risultati.

L'utente ha il diritto di ricevere informazioni sui propri dati personali in qualsiasi momento. È possibile visualizzare la propria storia clinica o richiederne una copia. La fornitura di una copia può comportare un costo. Il paziente sarà informato in anticipo di eventuali costi, che dipendono 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