

AUTOANAMNESI

- Endoscopia Digestiva
- Interventi Chirurgici Ambulatoriali
- Metodiche Urologiche

**Le chiediamo di compilare, se necessario con l'aiuto di un familiare, il seguente questionario
DI QUALI MALATTIE SOFFRE O HA SOFFERTO:**

Cognome..... Nome..... Data di nascita.....	Malattie cardiache NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> Ipertensione NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> Asma NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> Diabete NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> Malattie del fegato NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> Epilessia/convulsioni NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> Glaucoma NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> E' portatore di pace maker? NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>	
Problemi della coagulazione del sangue NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>	Se sì specificare	
Interventi chirurgici NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>	Se sì specificare	
Allergie NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>	Se sì specificare	
Ha avuto problemi con sedativi e/o anestetici? NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>	Se sì specificare	
Altre patologie NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>	Se sì specificare	

ELENCO I FARMACI CHE ASSUME

FARMACI CHE HA ASSUNTO QUESTA MATTINA, giorno dell'esame

-
-
-
-
-

-
-
-
-
-

Data

Firma

Firma del Medico per presa visione