

Servizio di Endoscopia Digestiva | Via Privata Benadir, 5 - Milano

## ANAMNESI PRELIMINARE

È necessario stampare, compilare e inviare via mail (all'indirizzo [endoscopia@cmsantagostino.it](mailto:endoscopia@cmsantagostino.it)) l'Anamnesi Preliminare almeno 48h prima dell'esame. L'anamnesi sarà poi rivalutata con il medico il giorno dell'esame.

### 1) Dati Anagrafici

Nome e Cognome

---

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Altezza cm

---

Peso kg

---

Pressione abituale: massima \_\_\_\_\_ minima \_\_\_\_\_

### 2) Anamnesi Familiare

Ipertensione

Malattie Polmonari

Malattie Allergiche

Diabete

Malattie del sangue/coagulazione

Altro:

---

---

---

---

### 3) Anamnesi Personale

Allergie

Nessuna Allergia

se si, specificare:

<input type="checkbox"/> a farmaci	Quali farmaci:
<input type="checkbox"/> nel corso di interventi precedenti	Quali farmaci:
<input type="checkbox"/> altro	A cosa:

#### Protesi

Dentarie Fisse

Dentarie Mobili

Lenti a contatto

Altre protesi, specificare

---

Consumo abituale di farmaci? Se, si quali?

---

---

---

Consumo saltuario di farmaci? Se si, quali?

---

---

---

#### Assunzioni Voluttuarie

<input type="checkbox"/> Fumo	Se si, quante al dì?
<input type="checkbox"/> Vino	Se si, quanto al dì?
<input type="checkbox"/> Superalcolici	Se si, quanti bicchieri al dì?
<input type="checkbox"/> Droghe	Se si, quali?

#### Malattie

---

In corso, nessuna.

Passate, nessuna.

**Se si, quali:**

Diabete

Malattie Cardiovascolari (ipertensione, ischemia, aritmia)

Malattie Polmonari

Malattie Urinarie

Malattie del sangue/coagulazione

Altro, specificare:

---

### **Interventi chirurgici precedenti**

SI

No

Se si, specificare quali:

---

### **Trasfusioni di sangue**

SI

No

Se si, perchè?

---

**Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver compilato attentamente questo modulo di anamnesi preliminare e che tutte le dichiarazioni corrispondono al vero.**

**Le informazioni sopra riportate saranno trattate da Santagostino esclusivamente (e nella misura minima necessaria) per finalità di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza o terapia sanitaria, da parte di persone soggette a obblighi di segretezza e sotto la responsabilità di professionisti della sanità e/o del Direttore Sanitario.**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_