

Servizio di Chirurgia | Via Privata Benadir, 5 - Milano

ANAMNESI PRELIMINARE

È necessario stampare, compilare e inviare via mail (all'indirizzo anamnesi@santagostino.it) l'Anamnesi Preliminare almeno 48h prima dell'intervento. Nel caso in cui l'intervento sia programmato per il lunedì si prega di inviare l'anamnesi compilata entro e non oltre il venerdì mattina. L'anamnesi sarà poi rivalutata con il medico il giorno dell'intervento.

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 _____