



QUESTIONARIO ANAMNESTICO ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Rev. 00 del 15/11/2022

pag. 1 di 2

Il sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Nato/o a _____ il _____

Età _____ Peso _____ Professione _____

Residente a _____ in via _____

Recapito telefonico _____

Medico di Medicina Generale _____

DICHIARA quanto segue:

<ul style="list-style-type: none">• È Allergico? Se sì, quali farmaci/sostanze: (farmaci? iodio? lattice? anestetici locali? altro?) _____	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• Ha subito interventi chirurgici addominali? Se sì, quali: _____	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• È affetto da malattie di cuore? Se sì, quali: <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Aritmie <input type="checkbox"/> altro: _____	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• È portatore di pacemaker cardiaco?	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• È portatore di defibrillatore impiantato?	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• È portatore di protesi valvolari cardiache biologiche/meccaniche?	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• È portatore di disordini della coagulazione? Tendenza al sanguinamento eccessivo/ematomi?	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• È stato sottoposto ad anestesia?	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• Ha mai avuto problemi con l'anestesia? Se sì, quali: _____	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• È affetto da infezioni (es. Epatite virale, HIV) e/o Malattie croniche (es. glaucoma, diabete mellito, cirrosi, epilessia, altro)? Se sì, indicare di quali patologie croniche è affetto:	SI	NO



QUESTIONARIO ANAMNESTICO ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Rev. 00 del 15/11/2022

pag. 2 di 2

<ul style="list-style-type: none">• Per donne in età fertile: è o ritiene di essere in stato di gravidanza ?	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• È portatore di protesi dentarie?	SI	NO
<ul style="list-style-type: none">• Assume farmaci antiaggreganti/anticoagulanti? Se sì, quali? _____ Se li ha già sospesi, da quanti giorni? _____	SI	NO
ELENCO FARMACI ASSUNTI:		

IMPORTANTE: Se assume farmaci anticoagulanti/ antiaggreganti consulti il suo medico o lo specialista che la segue o, se non contattabili, un medico del nostro centro per eventuali adeguamenti pre-esame.

NB: Se portatore di Pacemaker (PM) e/o Defibrillatore (ICD) deve effettuare una visita specialistica presso Ambulatorio dedicato entro i 6 mesi antecedenti l'esame. Portare in visione il referto.

.....
Luogo _____ Data _____ Ora _____

Firma paziente (o legale rappresentante) _____

Firma del medico _____