

## Questionario sulle malattie pregresse

Egr. Paziente,

per poter scegliere i farmaci e le procedure terapeutiche più appropriate per il vostro trattamento, vi chiediamo di rispondere alle seguenti domande sulla vostra storia medica generale (anamnesi). Queste informazioni sono soggette a riservatezza medica. Se avete domande, non esitate a chiedere.

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

	SI	NO
<b>Generico:</b>		
È attualmente sottoposto a cure mediche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
È stato ricoverato in ospedale negli ultimi 5 anni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha subito operazioni? (quali) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prende delle medicine? (quali) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbi della coagulazione, emofilia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soffre di intolleranze o allergie(quali) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si trova in gravidanza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ha o ha avuto una delle seguenti malattie?</b>		
Hipertonia (pressione alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipotonia (pressione bassa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbi del ritmo cardiaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insufficienza cardiaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difetto/sostituzione della valvola cardiaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debolezza del muscolo cardiaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Disturbo della coagulazione del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocardite (infiammazione dell'epitelio interno del cuore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie ematologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insufficienza renale o malattie renali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie polmonari(quali) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie gastrointestinali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete (quale tipo) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie del fegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attacchi epilettici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie della Tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ha o ha avuto una delle seguenti malattie infettive?**

Epatite A, B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tubercolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sifilide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Confermo con la mia firma che i dati sopra indicati sono completi e corrispondono alla verità.

Firma leggibile

Merano, il

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_