

**1 DATI ed ESAMI**

<b>COGNOME</b>				<b>NOME</b>			
<b>Nato/a a</b>				<b>il</b>			
<b>ANESTESIA PREVISTA</b>							
<b>INTERVENTO PREVISTO</b>							
<b>Età</b>		<b>Peso (kg)</b>		<b>Alt (cm)</b>		<b>ASA</b>	
<b>ESAMI PRE OPERATORI</b>				<input type="checkbox"/> da esterno		<input type="checkbox"/> da interno	
						<input type="checkbox"/> non praticati	

**2 STATO GENERALE:**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
▶ <b>SA DI AVERE MALATTIE ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ, QUALI ? _____		
_____		
_____		
▶ <b>E' ALLERGICO/A ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A COSA ? _____		
QUALI DISTURBI ACCUSA ? _____		
_____		
▶ <b>ASSUME FARMACI ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ, QUALI ? _____		
_____		
▶ <b>ASSUME ERBE MEDICINALI O PRODOTTI NATURALI O DROGHE ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ, QUALI ? _____		
▶ <b>FUMA ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUANTE SIGARETTE AL GIORNO ? _____		
DA QUANTO TEMPO ? _____		
▶ <b>E' PORTATORE DI PROTESI DENTARIE O DI ALTRO TIPO ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOBILI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FISSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ <b>E' PORTATORE DI LENTI A CONTATTO ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ <b>E' PORTATORE DI "PIERCING" OD ALTRO ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ, DOVE ? _____		
▶ <b>BEVE ALCOLICI O SUPER-ALCOLICI ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ <b>PRATICA ATTIVITÀ SPORTIVA ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUANTE VOLTE ALLA SETTIMANA ? _____		
<b>PER LE DONNE</b>		
▶ <b>QUANDO HA AVUTO L'ULTIMA MESTRUAZIONE ? _____</b>		
▶ <b>SOSPETTA UNA GRAVIDANZA ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▶ <b>ASSUME FARMACI ANTICONCEZIONALI ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA DEL PAZIENTE - GENITORE - TUTORE:

### 3 ANAMNESI

	SI	NO
<b>► HA MAI AVUTO MALATTIE AL CUORE ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì:		
HAI MAI AVUTO UN INFARTO, ANGINA, ARITMIE (EXTRASISTOLI) O DOLORE AL PETTO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE È MAI STATO DETTO DI AVERE DEI SOFFI AL CUORE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE È MAI STATO DETTO DI AVERE UN PROLASSO DI UNA VALVOLA DEL CUORE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI È MAI SVEGLIATO LA NOTTE CON LA MANCANZA DI RESPIRO O ARIA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE VIENE MAI MANCANZA DI RESPIRO O MANCANZA DI ARIA (DISPNEA) DOPO UNA RAMPA DI SCALE O DOPO BREVI DISTANZE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA MAI LE CAVIGLIE GONFIE (EDEMI DECLIVI) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LA NOTTE DORME CON PIÙ CUSCINI (ORTOPNEA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE È MAI STATO DETTO DI AVERE LA PRESSIONE ALTA (IPERTENSIONE) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO _____		
<b>► HA MAI AVUTO MALATTIE AI POLMONI ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì:		
HA MAI AVUTO UNA PLEURITE, POLMONITE O BRONCOPOLMONITE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA MAI AVUTO IL RESPIRO ASPRO, CON DIFFICOLTÀ A RESPIRARE O ASMA BRONCHIALE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO _____		
<b>► HA MAI AVUTO PROBLEMI CON LA COAGULAZIONE DEL SANGUE ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì:		
HAI MAI AVUTO UNA PERDITA DI SANGUE (EMORRAGIA) PER PIÙ DI 24 ORE O CHE HA RICHIESTO TRASFUSIONI DOPO TRAUMI OD INTERVENTI CHIRURGICI ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HAI MAI PRESENTATO PERDITA DI SANGUE (EMORRAGIA) DOPO UNA ESTRAZIONE DENTARIA O DAL NASO TALE DA RENDERE NECESSARIE DELLE CURE MEDICHE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUELLO DESCRITTO PRECEDENTEMENTE SI È VERIFICATO MAI NEI FRATELLI, NEI GENITORI O NEI PARENTI MATERNI DI SESSO MASCHILE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO _____		
<b>► HA MAI AVUTO MALATTIE DELLO STOMACO, INTESTINO O FEGATO ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì:		
LE È STATA MAI FATTA DIAGNOSI DI ERNIA IATALE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE È MAI STATA FATTA DIAGNOSI DI GASTRITE O ULCERA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA MAI AVUTO ITTERO, EPATITE VIRALE MALATTIE DEL FEGATO E MALARIA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA NOTATO MODIFICAZIONE DELL'ALVO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA SPESSO DIARREA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA PERSO PESO SENZA MOTIVO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO _____		
<b>► HA MAI AVUTO MALATTIE DEI RENI ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì:		
HAI MAI SOFFERTO DI INSUFFICIENZA RENALE, È MAI STATO SOTTOPOSTO A DIALISI O HA MAI AVUTO PIÙ DI DUE INFEZIONI RENALI ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO _____		

FIRMA DEL PAZIENTE - GENITORE - TUTORE:

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>► HA MAI AVUTO MALATTIE DELLE GHIANDOLE (ENDOCRINE) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ:		
SI ALZA SPESSO LA NOTTE PER URINARE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE HANNO MAI DETTO DI AVERE IL DIABETE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSULINA ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPOGLICEMIZZANTI ORALI ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE CAPITA DI SUDARE MOLTO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE SI ARROSSA IL VISO ANCHE QUANDO NON PRATICA ALCUNO SFORZO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO _____		
<b>► HA MAI AVUTO MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ:		
HA MAI AVUTO ATTACCHI EPILETTICI, CONVULSIONI, ICTUS O PARALISI ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO _____		
<b>► HA MAI AVUTO LEI O I SUOI FAMILIARI MALATTIE DELLE ARTERIE E/O DELLE VENE ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ:		
HA DOLORE ALLE GAMBE A RIPOSO O DOPO AVER CAMMINATO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA MAI AVUTO TROMBI NELLE ARTERIE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA MAI AVUTO TROMBI NELLE VENE DELLE GAMBE OD IN ALTRE SEDI ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA MAI SOFFERTO DI VARICI AGLI ARTI INFERIORI ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO _____		
<b>► HA GIÀ SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ QUALI ? _____		
_____		
_____		
_____		
SE SÌ, È STATO MAI TRASFUSO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>► E' MAI STATO/A SOTTOPOSTO/A AD ANESTESIA GENERALE ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>► E' MAI STATO/A SOTTOPOSTO/A AD ANESTESIA LOCO-REGIONALE ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>► HA MAI AVUTO LEI O I SUOI FAMILIARI PROBLEMI CON L'ANESTESIA ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SÌ QUALI ?		
NAUSEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VOMITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEFALEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPERATURA CORPOREA ELEVATA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SONNOLENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RISVEGLIO RITARDATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTRO _____		
SE SÌ, HA CON SE DOCUMENTAZIONE DELL'ACCADUTO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>► E' A CONOSCENZA DI CASI NELLA SUA FAMIGLIA DI MALATTIE RARE QUALI LA PORFIRIA, L'IPERTERMIA MALIGNA O ALTRE MALATTIE CONGENITE ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA DEL PAZIENTE - GENITORE - TUTORE:

**DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE - GENITORE - TUTORE:**

- ❶ Dichiaro di aver letto o che mi è stato letto questo questionario.
- ❷ Dichiaro, avendo compreso tutti i quesiti che mi sono stati posti, che quanto da me affermato corrisponde a verità.
- ❸ Dichiaro che mi impegno a comunicare tempestivamente, e prima del trattamento anestesilogico, eventuali ulteriori informazioni sul mio stato di salute.

**FIRMA DEL PAZIENTE - GENITORE - TUTORE  
(leggibile)****FIRMA DELL'ANESTESISTA  
(leggibile)****FIRMA DEL TESTIMONE  
(leggibile)****LUOGO****DATA** **NOTE:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**4 ESAME OBIETTIVO** (a cura dell'Anestesista)

PA (mmHg)		FC (bpm)		Ritmo		FR (atti/mim)	
<b>STATO GENERALE</b>							<input type="checkbox"/> <b>NEG</b>
STATO NUTRIZIONALE	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Sottopeso	<input type="checkbox"/> Obesità	<input type="checkbox"/> Edemi			
COLORE CUTE	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Cianosi	<input type="checkbox"/> Pallore	<input type="checkbox"/> Ittero			
DECUBITO	<input type="checkbox"/> Indifferente	<input type="checkbox"/> Obbligato					
PROTESI	<input type="checkbox"/> Acustiche	<input type="checkbox"/> Oculari	<input type="checkbox"/> Altre				
NOTE							
<b>SISTEMA NERVOSO</b>							<input type="checkbox"/> <b>NEG</b>
COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Agitazione	<input type="checkbox"/> Sopore	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Sedazione Farmacologica		
NERVI CRANICI							
NERVI PERIFERICI							
NOTE							
<b>SISTEMA RESPIRATORIO</b>							<input type="checkbox"/> <b>NEG</b>
<input type="checkbox"/> Eupnea	<input type="checkbox"/> Ortopnea	<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo	<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	<input type="checkbox"/> Altro			
AUSCULTAZIONE							
ANOMALIE GABBIA TORACICA			ANOMALIE TRACHEALI				
NOTE							
<b>SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO</b>							<input type="checkbox"/> <b>NEG</b>
<input type="checkbox"/> Varici	<input type="checkbox"/> Edemi	<input type="checkbox"/> TVP	<input type="checkbox"/> Turgore Giugulari	<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> Accessi Venosi Difficili		
AUSCULTAZIONE							
NOTE							
<b>APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO</b>							<input type="checkbox"/> <b>NEG</b>
<input type="checkbox"/> Malformazioni Osteo-Articolari	<input type="checkbox"/> Malformazioni Rachide	<input type="checkbox"/> Posture anomale	<input type="checkbox"/> Alterazioni masse Muscolari	<input type="checkbox"/> Alterazioni Tono Muscolare			
<input type="checkbox"/> Altro							
NOTE							
<b>ADDOME</b>							<input type="checkbox"/> <b>NEG</b>
<input type="checkbox"/> Epatomegalia	<input type="checkbox"/> Splenomegalia	<input type="checkbox"/> Laparoccele	<input type="checkbox"/> Ernie	<input type="checkbox"/> Ascite	<input type="checkbox"/> Altro		
NOTE							

## 5 PREVISIONE INTUBAZIONE DIFFICILE (a cura dell'Anestesista)

MALLAMPATI (segnalare con X la classe di appartenenza)



I SEGUENTI RILIEVI POSSONO ESSERE, ANCHE PRESI SINGOLARMENTE, ALTAMENTE PREDITTIVI DI DIFFICOLTA'-IMPOSSIBILITA' ALL'INTUBAZIONE

- |   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▶ TEST DI MALLAMPATI ④ indifferente alla fonazione (= impossibilità grave)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ DISTANZA MENTO-TIROIDE $\leq 60$ mm (= impossibilità grave)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ DISTANZA INTERDENTARIA $\leq 30$ mm (= impossibilità grave)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ PROGNETISMO MASCELLARE, marcata sporgenza denti superiori rispetto inferiori non correggibile con sublussazione della mandibola (= impossibilità grave) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ FLESSO-ESTENSIONE del COLLO, collo fisso in flessione (= impossibilità grave)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 6 ESAMI EMATOCHIMICI e STRUMENTALI (Riportare solo gli esami e le indagini strumentali alterati)

Nella Norma

<b>DATA</b>				
GB/GR		PT		Glicemia
Hb/Ht		PTT		Azotemia
PTL		Fibrinogeno		CHE
Na/K		HbSAg		Dibucaina
GO/GP		HCV		CPK/LDH
Creatininemia		HIV		
INR		Test Gravidanza		
GRUPPO/Rh		Cl/Ca		

INDAGINI	DATA	ESITO
Rx TORACE		
ECG		

<b>FIRMA DELL'ANESTESISTA (leggibile)</b>			
<b>LUOGO</b>		<b>DATA</b>	