



**Casa di Cura Città di Roma**  
Servizio di Anestesia e Rianimazione  
[dipartimento.anestesia@gruppopogarofalo.com](mailto:dipartimento.anestesia@gruppopogarofalo.com)  
tel: 06.58471/204

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO ANESTESIOLOGICO DAY-HOSPITAL- PRE-OSPEDALIZZAZIONE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Intervento \_\_\_\_\_

Anestesia \_\_\_\_\_

	SI	NO	
E' la prima volta che fa l'anestesia?			
Ha avuto problemi con le anestesi precedenti?			
Ha familiari che hanno avuto problemi con l'anestesia?			
Ha allergie? Se si, a che cosa?			
Ha eseguito analisi del sangue negli ultimi 6 mesi?			
Ha eseguito un Rx-torace negli ultimi 2 mesi?			
Ha eseguito un elettrocardiogramma negli ultimi 2 mesi?			
Negli ultimi 2 anni è stato ricoverato?			
Sta facendo qualche terapia? Se si, che cosa prende?			
Ha mai preso antibiotici?			
Assume ansiolitici, sostanze stupefacenti?			
Porta lenti a contatto? Usa colliri?			
Beve alcool?			
Fuma? Quante sigarette al giorno?			
Pensa di essere in gravidanza?			
Pratica attività sportiva?			
Che lavoro fa?			
Ha problemi al cuore?			
Ha mai avuto un infarto?			
Ha mai avuto dolori al petto?			
E' mai stato operato al cuore o al polmone ?			
Di notte si è mai svegliato per l'affanno ?			
Riesce a salire un piano di scale senza affanno?			
Riesce a salire le scale con la stessa facilità di 5 anni fa?			
Riesce a camminare per 100 mt senza affanno?			
Le si gonfiano mai le caviglie?			
Dorme con più di due cuscini?			
Ha mai dolore al torace, senso di costrizione o di peso?			

	SI	NO	
Ha difficoltà di digestione?			
Ha la pressione alta?			
E' mai svenuto nell'ultimo anno?			
Assume diuretici, potassio o anticoagulanti?			
Porta la dentiera? Ha protesi rimovibili?			
Ha difficoltà nell'aprire la bocca?			
Ha mai avuto la raucedine per più di un mese?			
Russa?			
Soffre di artrosi cervicale?			
Riesce a muovere il collo senza limitazioni?			
Ha mai avuto la difterite? E la polmonite?			
Soffre di bronchite, asma o enfisema polmonare?			
Ha tosse o ha avuto la tosse nell'ultima settimana?			
Nell'ultimo mese ha avuto febbre, brividi, influenza?			
Soffre di rigurgito acido?			
Ha mai avuto ittero, epatite, malaria?			
Le sue feci sono di colore nerastro, striate di sangue?			
Ha diarrea? Se si, da quando?			
Ha nausea o vomito?			
Ha perso peso ultimamente?			
Ultimamente ha dovuto cambiare la sua dieta?			
Ha costantemente bruciori di stomaco?			
Ha anemia o altre malattie del sangue?			
Sanguina facilmente?			
Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue?			
Ha mai avuto problemi renali?			
Suda molto?			
Prende farmaci per la tiroide?			
Sente più caldo o più freddo rispetto agli altri?			
Ha mai avuto le convulsioni?			
Ha mai avuto tremori?			
Ha mai avuto paralisi?			
Ha frequenti mal di testa?			
Ha spesso intorpidimento o formicolio alle braccia o alle gambe?			
Ha mal di schiena?			
Soffre di sciatica?			
Le è mai stata diagnosticata un'ernia del disco?			
Ha mai avuto visione doppia?			
Ha mai preso antidolorifici?			
Nell'ultima settimana ha lavorato e ha fatto le solite attività cui si dedica normalmente?			

Firma del paziente

---