



**QUESTIONARIO PER ESEGUIRE L'ESAME ENDOSCOPICO IN
SEDAZIONE CONTROLLATA**

DA RESTITUIRE COMPILATO AL PERSONALE INFERMIERISTICO AL MOMENTO DELL'ESAME

1	È stato/a mai sottoposto/a ad interventi chirurgici ?	Si	No	Non so
2	Ha avuto complicanze o problemi importanti dopo un'anestesia ?	Si	No	Non so
3	È allergico/a a qualche farmaco, o altre sostanze alimentari ?	Si	No	Non so
4	Ha mai avuto una reazione allergica (rossore, gonfiore o altro) in seguito a contatto con gomma o lattice ?	Si	No	Non so
5	È allergico/a a qualche alimento (uova, soia ecc.), pianta o polvere ?	Si	No	Non so
6	Ha mai avuto problemi di sanguinamento prolungato in seguito: perdita di sangue dal naso, piccole ferite estrazioni dentarie ?	Si	No	Non so
7	Ha la pressione alta ?	Si	No	Non so
8	Soffre di malattie di cuore ?	Si	No	Non so
9	Ha in corso accertamenti per una sospetta malattia di cuore o di polmoni ?	Si	No	Non so
10	Ha il prolasso della valvola mitrale ?	Si	No	Non so
11	È portatore di pace-maker ?	Si	No	Non so
12	È stato/a operato/a al cuore a ad un polmone ?	Si	No	Non so
13	Ha mai avuto difficoltà respiratorie ?	Si	No	Non so
14	Soffre di asma ?	Si	No	Non so
15	Le manca il respiro quando fa le scale ?	Si	No	Non so
16	Si è mai svegliato durante la notte per mancanza di respiro ?	Si	No	Non so
17	Ha mai avuto convulsioni, paresi o altri problemi neurologici ?	Si	No	Non so
18	Soffre o ha mai sofferto di malattie renali ?	Si	No	Non so
19	Ha avuto epatiti ?	Si	No	Non so
20	Assume farmaci per l'asma ?	Si	No	Non so
21	Assume farmaci per l'ipertensione ?	Si	No	Non so
22	Assume farmaci diuretici ?	Si	No	Non so
23	Assume farmaci per fluidificare il sangue (aspirina, tiklid) ?	Si	No	Non so
24	Assume farmaci anticoagulanti (coumadin, sintrom) ?	Si	No	Non so
25	Assume farmaci per l'epilessia ?	Si	No	Non so
26	Ha protesi dentarie mobili ?	Si	No	Non so

Data _____

_____ Firma Leggibile