



**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	Ha la pressione alta ?	Si	No	Non so
6	Soffre di malattie di cuore ?	Si	No	Non so
7	Ha in corso accertamenti per una sospetta malattia di cuore o di polmoni ?	Si	No	Non so
8	Ha il prolasso della valvola mitrale ?	Si	No	Non so
9	È portatore di pace-maker ?	Si	No	Non so
10	È stato/a operato/a al cuore o ad un polmone ?	Si	No	Non so
11	Ha mai avuto difficoltà respiratorie ?	Si	No	Non so
12	Soffre di asma ?	Si	No	Non so
13	Ha mai avuto convulsioni, parestesie o altri problemi neurologici ?	Si	No	Non so
14	Soffre o ha mai sofferto di malattie renali ?	Si	No	Non so
15	Ha avuto epatiti ?	Si	No	Non so
16	Assume farmaci per l'asma ?	Si	No	Non so
17	Assume farmaci per l'ipertensione ?	Si	No	Non so
18	Assume farmaci diuretici ?	Si	No	Non so
19	Assume farmaci per fluidificare il sangue (aspirina, tiklid) ?	Si	No	Non so
20	Assume farmaci anticoagulanti (coumadin, sintrom) ?	Si	No	Non so
21	Assume farmaci per l'epilessia ?	Si	No	Non so
22	Ha protesi dentarie mobili ?	Si	No	Non so

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma Leggibile