

Servizio di Endoscopia Digestiva | Via Privata Benadir, 5 - Milano

ANAMNESI PRELIMINARE

1) Dati Anagrafici

Nome e Cognome _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Altezza cm _____ Peso kg _____ Pressione abituale: massima _____ minima _____

2) Anamnesi Personale

Allergie a farmaci NO SI se SI, specificare:

ha problemi di Deambulazione (carrozzina, bastone) ? _____

ha problemi Neurologici/Psichiatrici ? _____

ha problemi Cardiovascolari (ipertensione, ischemia, aritmia)? _____

soffre di Diabete? _____

soffre di Malattie Polmonari ? _____

soffre di Malattie Urinarie ? _____

soffre di Malattie del Sangue/Coagulazione? _____

soffre di Malattie del Respiratorie (Asma, bronchite cronica ecc.)? _____

Altro, specificare: _____

E' portatore di Protesi?

Dentarie Fisse Dentarie Mobili Lenti a contatto Altre protesi, specificare

Assume farmaci?

Gastroprotettori (Zantac, Etideme, Famodil, Nizax o simili) Antiacidi

Antipertensivi (per regolare la pressione)

Anticoagulanti (Coumadin, Sintrom, Eliquis, Pradaxa, Xareltro, Lixiana o simili)

Antiaggreganti (Ticlid, Plavix, Brilique, Enfient, Aspirina o simili)

Antiaritmici (Cordarone, Amiodarone SAN, Amiodar, Angoron o simili)

Altri farmaci

Assunzioni Voluttuarie

Fumo _____

Vino/Superalcolici _____

Droghe _____

Interventi chirurgici precedenti

SÍ

NO

Se si, specificare quali:

Motivo della richiesta Esame Endoscopico:

Controllo generale

perdita di sangue nelle feci

malattia oncologica

dopo intervento all'intestino/stomaco

altro

Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver compilato attentamente questo modulo di anamnesi preliminare e che tutte le dichiarazioni corrispondono al vero.

Le informazioni sopra riportate saranno trattate da Santagostino esclusivamente (e nella misura minima necessaria) per finalità di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza o terapia sanitaria, da parte di persone soggette a obblighi di segretezza e sotto la responsabilità di professionisti della sanità e/o del Direttore Sanitario.

Data ____/____/____

Firma pz _____

Firma Operatore Sanitario _____
