

- Sede ORL Lugano
 Sede ORBV Bellinzona
 Sede OBV Mendrisio
 Sede ODL Locarno

Tel. 091 811 61 70
 Tel. 091 811 86 31
 Tel. 091 811 32 12
 Tel. 091 811 47 02

Fax 091 811 61 68
 Fax 091 811 87 39
 Fax 091 811 30 30
 Fax 091 811 44 59

Questionario per le procedure di gastroenterologia

(compilare, firmare e datare al più tardi il giorno precedente l'esame. Portarlo con sé il giorno dell'esame)

Nome: Cognome:

Data di nascita:

Domande sulla tendenza al sanguinamento

	Sì	No
1. Soffre spesso di sanguinamento dal naso ?		
2. Soffre di sanguinamento delle gengive (lavando i denti)?		
3. Soffre di ematomi o piccoli sanguinamenti sulla pelle senza ferite evidenti?		
4. Ha l'impressione di sanguinare molto dopo piccole ferite (es. durante rasatura)?		
5. Per le signore: ha l'impressione di avere delle mestruazioni prolungate (superiori a 7 giorni) o deve cambiare frequentemente tamponi o assorbenti igienici?		
6. Ha già avuto un sanguinamento prolungato o severo durante o dopo un trattamento dentario ?		
7. Ha già avuto un sanguinamento grave o prolungato durante o dopo un intervento chirurgico (intervento alle tonsille o all'appendice, parto)?		
8. Ha già ricevuto trasfusioni sanguigne durante un intervento chirurgico?		
9. Vi sono nella sua famiglia (genitori, fratelli/sorelle, figli, nonni, zii) malattie legate ad una maggior tendenza al sanguinamento ?		

Domande sui medicinali, allergie, malattie concomitanti

Se dovesse assumere farmaci per fluidificare il sangue come anticoagulanti (Sintram, Marcoumar, Xarelto, ecc.) oppure antiaggreganti piastrinici (Aspirina, Tiatral, Brilique, Clopidogrel, Plavix, Effient, ecc.) la preghiamo di discutere con il suo medico curante la possibilità di sospenderli almeno 5 giorni prima dell'esame.

La invitiamo a rispondere a tutte le domande anche sul retro del foglio.

	Sì	No
1. a. Assume regolarmente anticoagulanti per rendere fluido il sangue (es. Sintrom, Marcumar o Xarelto) oppure ha assunto negli ultimi 5 giorni Aspirina, Effient, Tiatral, Plavix, Clopidogrel, Brilique, ecc. oppure medicamenti contro l'influenza, antidolorifici o antireumatici ? Se sì, quali?		
1. b. Medicamenti abituali:		
2. Soffre di allergie (a medicinali, lattice, anestetici locali, cerotti, alimenti, altro)? Se sì, quali?		
3. È già stato sottoposto ad una anestesia?		
4. Durante e dopo l'anestesia sono insorti problemi particolari? Se sì, quali?		
5. Soffre di difetti alle valvole cardiache, di problemi cardiaci ? È in possesso di un cartellino per la profilassi dell'endocardite ? Se sì lo porti con se il giorno dell'esame.		
6. È portatore di pace-maker / defibrillatore o di una protesi articolare metallica ?		
7. Disturbi circolatori? (es. pressione del sangue troppo alta, gravi disturbi di circolazione alle gambe, vene varicose, trombosi, embolie)		
8. Le manca il fiato sotto sforzo o di notte?		
9. Malattie o astenia (debolezza) muscolare?		
10. Malattie polmonari? Se sì, quali?		
11. Soffre di problemi renali (insufficienza renale) ?		
12. È diabetico/a ?		
13. Malattie del fegato? Se sì, quali?		
14. Malattie della tiroide? Se sì, quali?		
15. Malattie del sistema nervoso? Se sì, quali?		
16. Per le signore: esiste la possibilità che vi sia una gravidanza in corso?		
17. Ha denti instabili , una protesi dentaria o una malattia dei denti ?		

Il/la sottoscritto/a conferma di avere compilato il questionario in maniera completa e veritiera

Luogo e data: _____

Firma: _____