



Anamnesi ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA e COLONSCOPIA

SI PREGA SI COMPILARE IL SEGUENTE DOCUMENTO IN STAMPATELLO

COGNOME:.....

Antella li.....

NOME:.....

DATA DI NASCITA..... TEL:.....

Lei dovrà sottoporsi ad un esame di endoscopia digestiva presso il nostro poliambulatorio. La preghiamo di rispondere attentamente alle domande riguardanti il suo stato attuale e passato. Dovrà inviare questo documento al fax 0556560044 in modo che possa essere controllato dal Medico Anestesista che la contatterà qualora riterrà necessari ulteriori chiarimenti.

Esame previsto: EGDS (Esofagogastroduodenoscopia) COLONSCOPIA

La sua altezza è cm.....il suo peso è Kg.....

Fuma Si No Ha protesi dentari Si No

Lei soffre o ha sofferto di :

Diabete	Si		No	
Malattie di cuore	Si		No	
Pressione alta	Si		No	
Asma bronchiale	Si		No	
Enfisema polmonare	Si		No	
Embolia polmonare	Si		No	
Malattie al fegato	Si		No	
Malattie ai reni	Si		No	
Alterazioni coagulazione del sangue per patologie e/o terapia farmacologica	Si		No	
Disturbi cerebrali	Si		No	
Altre patologie non sopra indicate	Si		No	
Se si quali :				

Ha mai avuto Allergie a farmaci o problemi con Anestesi precedenti? Si No

se si quali.....

Ha mai subito interventi chirurgici ? Si No

Se sì, quali?.....

Assume farmaci? Si No

Se sì, quali?.....

.....

Firma del paziente.....