

4- QUESTIONARIO ANESTESIOLOGICO PREOPERATORIO

- **Valutazione preliminare:** prendere visione del questionario **fin da subito** e discutere col Curante eventuale necessità di **approfondimenti generali** in vista del ricovero
 - **una volta stabilita la data del ricovero** (per le strutture che lo richiedano, ad es. Villa Erbosa, Bologna) **compilare con calma** e attenzione da parte dei **genitori** (con eventuale supporto del Curante) e inviare **almeno 15 giorni prima** del ricovero
 - in caso di **variazioni del quadro** dopo l'invio del questionario (comparsa di febbre, tosse, ecc, contattare prontamente l'equipe e l'ufficio ricoveri)
-

COGNOME _____ **NOME** _____

Nato il : _____ Sesso: M/ F _____ Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

A) Familiarità

1. In famiglia sono presenti malattie:
- | | | |
|------------------------|----|----|
| - DIABETE? | SÌ | NO |
| - FAVISMO? | SÌ | NO |
| - Anemia mediterranea? | SÌ | NO |
| - MIOPATIE? | SÌ | NO |
| - EMOFILIE? | SÌ | NO |
| - ALTRE? _____ | | |

B) Nascita e primi mesi

1. Il bambino è nato prematuro? (specifica, quante settimane _____) SÌ NO
2. Nelle prime settimane di vita ha avuto problemi (difficoltà respiratorie, ecc)? SÌ NO
(specificare _____)
3. Ictero neonatale molto intenso? SÌ NO

C) Malattie, interventi, anestesi

1. È affetto da malattie congenite? (specifica _____) SÌ NO
2. Che malattie ha avuto? _____

3. Che interventi chirurgici ha subito? _____

4. Ha mai subito ANESTESIE LOCALI? SÌ NO
(specificare _____)
5. Ha mai subito ANESTESIE GENERALI? SÌ NO
(specificare _____)
6. Ha avuto COMPLICANZE da interventi o anestesi? SÌ NO
(specificare _____)
7. Qualcuno IN FAMIGLIA ha avuto COMPLICANZE legate all'ANESTESIA? SÌ NO
(specificare _____)

D) Farmaci e allergie

1. Sta prendendo FARMACI? se Sì, quali? _____ NO

2. Ha avuto REAZIONI ALLERGICHE (farmaci, sostanze chimiche, punture d'insetto, ecc)?
(specificare _____) Sì NO

E) Stato generale e varie

1. Deve seguire una dieta/ALIMENTAZIONE speciale? Sì NO
(specificare e portare con sé alimenti /pappe specifiche _____)
2. Ha mai avuto acetone? _____ Sì NO
3. Ha DENTI che stanno per cadere? (specifica _____) Sì NO
4. Ha difficoltà nell'apertura della BOCCA? _____ Sì NO
5. Ha un APPARECCHIO di ortodonzia? (valutare col proprio dentista) Sì NO
(specifica _____)
6. Soffre/ha sofferto di problematiche CARDIACHE, aritmia, soffio, ecc)? Sì NO
Se Sì: è richiesta una relazione cardiologica recente: specifica _____
7. Soffre spesso di tosse/difficoltà RESPIRAZIONE? Sì NO
Se Sì: è richiesta una relazione pneumologica recente: specifica _____
8. Ha SANGUINAMENTI PROLUNGATI in seguito a tagli, estrazioni dentarie, ecc? Perde spesso
sangue dal naso/gengive? Gli vengono facilmente LIVIDI? Sì NO
Specifica e se Sì: valuta col Curante eventuali approfondimenti _____
9. Soffre spesso di INFEZIONI? (specifica _____) Sì NO
10. Ha mai subito una TRASFUSIONE? _____ Sì NO
11. Ha mai avuto PERDITE DI COSCIENZA? _____ Sì NO
12. Ha mai avuto le CONVULSIONI? (specifica _____) Sì NO

F) Device medico-chirurgico

1. È portatore di pompa al Baclofen, derivazione ventricolo peritoneale, DBS, ecc? (specifica e nel
caso, richiedi una valutazione recente che certifichi l'adeguato funzionamento del sistema)
_____ Sì NO

G) Altro da riferire: _____

Data _____ Compilato da: _____ (grado di parentela _____)

Firma _____

Inviare il questionario compilato a:

- Ufficio ricoveri che lo richiede (ad esempio ufficio Ricoveri di Villa Erbosa, Bologna)