

Questionario sullo stato di salute dei pazienti (anamnesi)

Nome Cognome nato/a a il

Gode attualmente di buona salute?	Si	No
Soffre o ha sofferto di cardiopatie?	Si	No
Ipertensione?	Si	No
E' portatore di pacemaker?	Si	No
E' portatore di protesi valvolari o by pass?	Si	No
Diabete?	Si	No
Epatite virale? A/B/C ?	Si	No
Malattie del sangue o del sistema immunitario?	Si	No
Artrosi, artrite?	Si	No
Epilessia, Parkinson?	Si	No
Altre malattie non elencate?	Si	No
<u>E' un paziente allergico? Se sì, a cosa?</u> - Farmaci..... - Nickel, Lattice, Stagionale? - Altro	Si	No
E' stato già sottoposto ad anestesia dal dentista o altro?	Si	No
<u>E' o è stato sottoposto a terapia con farmaci? Quali?</u> - Antipertensivi..... - Anticoagulanti (es.Coumadin,Sintrom)..... - Antiaggreganti (es.Cardioaspirina, Ticlid)..... - Difosfonati per le artropatie (es. Difosfonal,Zometa) - Antidiabetici?..... - Altri?.....	Si Si Si Si Si Si	No No No No No No
Si è sottoposto di recente ai Raggi x?	Si	No
E' in stato di gravidanza?	Si	No

Il paziente dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver preso visione del questionario e che quanto dichiarato corrisponde al vero.

Firma del paziente o del legale rappresentante

Direttore Sanitario: Dott.ssa Gloria Funicello

