



**QUESTIONARIO PER ESEGUIRE L'ESAME ENDOSCOPICO IN
SEDAZIONE CONTROLLATA**

DA RESTITUIRE COMPILATO AL PERSONALE INFERMIERISTICO AL MOMENTO DELL'ESAME

1	È stato/a mai sottoposto/a ad interventi chirurgici ?	Si	No	Non so
3	È allergico/a a qualche farmaco, o altre sostanze alimentari ?	Si	No	Non so
6	Soffre di malattie di cuore ?	Si	No	Non so
7	Ha in corso accertamenti per una sospetta malattia di cuore o di polmoni ?	Si	No	Non so
10	È stato/a operato/a al cuore a ad un polmone ?	Si	No	Non so
11	Ha mai avuto difficoltà respiratorie ?	Si	No	Non so
12	Soffre di asma ?	Si	No	Non so
13	Ha mai avuto convulsioni, parestesie o altri problemi neurologici ?	Si	No	Non so
14	Soffre o ha mai sofferto di malattie renali ?	Si	No	Non so
15	Ha avuto epatiti ?	Si	No	Non so
19	Assume farmaci per fluidificare il sangue (aspirina, tiklid) ?	Si	No	Non so
20	Assume farmaci anticoagulanti (coumadin, sintrom) ?	Si	No	Non so
22	Ha protesi dentarie mobili ?	Si	No	Non so

Data _____

_____ Firma Leggibile