



## QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE MEDICA PRE-PARTO

Gentile Signora,

Il seguente questionario è importante per valutare il suo stato di salute e verrà utilizzato dall'anestesista per decidere se sarà necessario effettuare una visita anestesiológica prima del parto. Risponda cortesemente a tutte le domande mettendo una "X" su SI o NO, e compilando con risposta scritta, in stampatello, dove richiesto senza tralasciare alcuna voce.

<b>COGNOME e NOME</b> _____
e-mail _____ Telefono _____ Età _____
Settimana di gravidanza _____ Data presunta del parto _____
Numero gravidanze precedenti _____
Peso in Kg all'inizio della gravidanza e peso attuale _____ - _____ Altezza _____ cm

		<b>SÌ</b>	<b>NO</b>
<b>1</b>	È allergica a farmaci? Se sì, indicare quali:	sì	NO
<b>2</b>	È allergica a cibi, piante, metalli o LATTICE? Se sì, cosa?	sì	NO
<b>3</b>	Ha mai avuto GRAVI REAZIONI ALLERGICHE che abbiano richiesto l'accesso in ospedale? Se sì, specificare:	sì	NO
<b>4</b>	Fa uso di <input type="checkbox"/> FUMO; <input type="checkbox"/> ALCOLICI; <input type="checkbox"/> DROGHE. Se sì, quali / ogni quanto	sì	NO
<b>5</b>	Assume farmaci tutti i giorni? Se sì, quali	sì	NO
<b>6</b>	È mai stata sottoposta a interventi chirurgici? Se sì, quali?	sì	NO
<b>7</b>	Ha avuto precedenti gravidanze?	sì	NO
<b>8</b>	Ha mai avuto gravi reazioni all'anestesia? <input type="checkbox"/> generale; <input type="checkbox"/> spinale; <input type="checkbox"/> altro	sì	NO
<b>9</b>	Ha delle protesi? <input type="checkbox"/> dentarie; <input type="checkbox"/> oculari; <input type="checkbox"/> piercing; <input type="checkbox"/> altro	sì	NO
<b>10</b>	Soffre o soffreva di pressione alta in trattamento con terapia medica?	sì	NO

<b>11</b>	Ha mai avuto malattie del cuore? <input type="checkbox"/> aritmie; <input type="checkbox"/> soffi cardiaci; <input type="checkbox"/> malattie valvolari; <input type="checkbox"/> infarto; <input type="checkbox"/> angina; <input type="checkbox"/> altro	SÌ	NO
<b>12</b>	Soffre di asma o altre malattie respiratorie? Farmaci:	SÌ	NO
<b>13</b>	Soffre di epilessia o convulsioni in terapia medica? Farmaci:	SÌ	NO
<b>14</b>	Soffre o ha sofferto di altre malattie del sistema nervoso?	SÌ	NO
<b>15</b>	Soffre di malattie neuro-muscolari?	SÌ	NO
<b>16</b>	Soffre o ha sofferto di malattie della coagulazione del sangue?	SÌ	NO
<b>17</b>	Soffre o ha sofferto di malattie <input type="checkbox"/> del fegato o <input type="checkbox"/> dei reni? Se sì, quali?	SÌ	NO
<b>18</b>	Soffre o soffriva di malattie endocrine che hanno dato delle complicanze? <input type="checkbox"/> complicanze diabetiche; <input type="checkbox"/> complicanze da ipo o ipertiroidismo; <input type="checkbox"/> altro	SÌ	NO
<b>19</b>	Ha mai avuto malattie trombo-emboliche? <input type="checkbox"/> trombosi venosa; <input type="checkbox"/> embolia polmonare; <input type="checkbox"/> vene varicose in terapia anticoagulante; <input type="checkbox"/> altro	SÌ	NO
<b>20</b>	Soffre di malattie autoimmuni? <input type="checkbox"/> artrite reumatoide; <input type="checkbox"/> lupus; <input type="checkbox"/> altro	SÌ	NO
<b>21</b>	Soffre di malattie rare? Se sì, quale?	SÌ	NO
<b>22</b>	Ha avuto complicanze nelle precedenti gravidanze? Se sì, quali?	SÌ	NO
<b>23</b>	Ha patologie della colonna vertebrale? <input type="checkbox"/> ernie <input type="checkbox"/> fratture/traumi <input type="checkbox"/> scoliosi <input type="checkbox"/> altro	SÌ	NO

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il presente questionario, compilato e firmato, deve essere inviato via e-mail al seguente indirizzo:

[poc.partoanalgesia@asl.taranto.it](mailto:poc.partoanalgesia@asl.taranto.it)

oppure consegnato al Centro Donna (Padiglione Vinci).

**SOLO SE SARÀ NECESSARIA VISITA ANESTESIOLOGICA, VERRÀ CONTATTATA VIA EMAIL**