

CASA DI CURA VILLA MARIA RIMINI	Questionario anamnestico	R-025-20 REV. 2 del 12/02/2026 Pag. 1 di 1
---------------------------------------	---------------------------------	---

Nome e Cognome:

Data di nascita:

Peso:

Altezza:

Allergie a **farmaci**, **lattice**, **disinfettanti**, altri materiali sanitari? ☐ NO ☐ SÌ →

Quali?.....

Assume farmaci ☐ NO ☐ SÌ → Quali?

.....
.....

Cardiopatie (infarto, angina, aritmie, scompenso, stent, bypass)? ☐ NO ☐ SÌ

Ipertensione arteriosa? ☐ NO ☐ SÌ Portatore pace maker ? ☐ NO ☐ SÌ

Diabete? ☐ NO ☐ SÌ se SÌ quali farmaci? (insulina o altro).....

Patologie respiratorie (asma, BPCO, apnee notturne, russamento)? ☐ NO ☐ SÌ

Insufficienza renale? ☐ NO ☐ SÌ

Malattie del fegato? ☐ NO ☐ SÌ

Disturbi della coagulazione o sanguinamenti anomali? ☐ NO ☐ SÌ

Consumo significativo di alcol? ☐ NO ☐ SÌ

Fumo ☐ NO ☐ SÌ

Ha già eseguito anestesie generali o locoregionali? ☐ NO ☐ SÌ

Stato attuale

Dolore toracico o affanno recente? ☐ NO ☐ SÌ

Gravidanza accertata o sospetta? ☐ NO ☐ SÌ ☐ Non applicabile

Firma paziente/tutore

firma Medico

.....

.....

Luogo

data