

DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato	QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER IL TEST ERGOMETRICO	R034-a Rev. 2 Pag.1 di 1 Data di applicazione 19/09/2016
--	---	--

Il seguente questionario permetterà al Medico di effettuare una corretta valutazione del suo stato di salute. LA PREGHIAMO DI COMPILARLO CON LA MASSIMA CURA POSSIBILE. Prima di iniziare il test il Medico chiarirà i suoi dubbi. Le notizie da Lei fornite sono soggette al segreto professionale. I genitori dei minori hanno il compito di compilare questa scheda. I Pazienti che non sono in grado di farlo possono essere aiutati dai familiari.

COGNOME e NOME

DATA DI NASCITA.....

PESO.....

ALTEZZA.....

ATTIVITA' FISICA ABITUALE: SCARSA MODERATA INTENSA

PRESENTA ALLERGIE A FARMACI? SI' NO

BEVE VINO O ALCOOLICI TUTTI I GIORNI SI' NO QUANTO.....

FUMA? QUANTO..... SI' NO DA

EVENTUALI INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI ED I RICOVERI OSPEDALIERI PRECEDENTI

- 1).....ETA'
- 2).....ETA'
- 3).....ETA'
- 4).....ETA'

FAMILIARITÀ PER MALATTIE CARDIOVASCOLARI

EVENTUALI MALATTIE PASSATE E/O ATTUALI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> IPERCOLESTEROLEMIA | <input type="checkbox"/> DIABETE |
| <input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA | <input type="checkbox"/> MALATTIE DEL SANGUE |
| <input type="checkbox"/> INFARTO MIOCARDICO | <input type="checkbox"/> EPILESSIA |
| <input type="checkbox"/> ARITMIE CARDIACHE | <input type="checkbox"/> MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO |
| <input type="checkbox"/> VARICI-FLEBITI | <input type="checkbox"/> EMORRAGIE CEREBRALI |
| <input type="checkbox"/> EMBOLIA POLMONARE | <input type="checkbox"/> MALATTIE REUMATICHE |
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> TRAUMI |
| <input type="checkbox"/> BRONCHITE CRONICA | <input type="checkbox"/> ANGIOPLASTICA CORONARICA |
| <input type="checkbox"/> BY-PASS CORONARICO | |

ALTRO.....

SINTOMI ATTUALI:

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> PALPITAZIONI | <input type="checkbox"/> FATICA A RESPIRARE | <input type="checkbox"/> DOLORE TORACICO |
| <input type="checkbox"/> VERTIGINI | <input type="checkbox"/> ALTRO..... | <input type="checkbox"/> NESSUN SINTOMO |

TERAPIA ATTUALE

.....

.....

.....

N.B.: INFORMI IL MEDICO SE FA USO DI DROGHE

DATA.....FIRMA.....