

Regione Piemonte  A.O. S. Croce e Carle Cuneo	QUESTIONARIO PER VALUTAZIONE MEDICA PRE-PARTO	Data emissione: 21.08.2013 Rev. 3 del 14/04/2021 Stesura dott.ssa Bruno M.A.
DIPARTIMENTO EMERGENZA ED AREE CRITICHE S.C. ANESTESIA E ORGANIZZAZIONE SALE BOP		

Gentile signora,

il presente questionario, strettamente confidenziale, è importante per la valutazione anestesiológica delle Sue condizioni di salute in previsione della prossima nascita del Suo bambino. Lo compili, eventualmente facendosi aiutare da un familiare, dalla Sua ostetrica o dal Suo medico. Il questionario, debitamente compilato, va conservato insieme alla documentazione di gravidanza e consegnato all'ostetrica al Bilancio di Salute. E' possibile, in caso sia necessario approfondire alcuni aspetti, che sia ricontattata per effettuare la visita anestesiológica.

Grazie per la collaborazione.

Cognome e Nome								
Data e luogo di nascita						Telefono		
Peso prima della gravidanza		Peso attuale		Altezza in cm		Data presunta del parto		
N. totale gravidanze		n. totale parti		n.cesarei				
							si	no
								non so
C1	Ha la pressione alta durante questa gravidanza?							
C2	Aveva la pressione alta prima di questa gravidanza?							
C3	Aveva la pressione alta in una precedente gravidanza?							
C4	Durante questa gravidanza quando si sdraia sulla schiena si sente svenire o le gira la testa ?							
C5	Ha palpitazioni durante questa gravidanza?							
C6	Aveva le palpitazioni prima di questa gravidanza?							
C7	Di notte le capita di svegliarsi con l'affanno?							
C8	Fa fatica a fare un piano di scale?							
C9	Faceva fatica a fare un piano di scale prima di questa gravidanza?							
C10	Le è mai stato detto da un medico che ha un soffio al cuore?							
C11	Il medico le ha mai detto che lei soffre di malattie a carico del cuore? Se sì, specifichi quali: _____							
P 12	Soffre di asma?							
P13	Ha avuto crisi di asma nell'ultimo mese?							
P14	Durante la gravidanza fuma più di 10 sigarette al giorno?							
P15	Prima di questa gravidanza fumava più di 10 sigarette al giorno?							
P16	Il medico le ha mai detto che lei soffre di altre malattie al polmone? Se sì, specifichi quali: _____							
N17	Soffre di epilessia o ha mai avuto le convulsioni?							
N18	Soffre di mal di testa?							
N19	Le è mai successo di vedere doppio?							
N20	Le è mai stato detto da un medico che lei soffre di malattie gravi del sistema nervoso centrale? Se sì, specifichi quali: _____							
T 21	Ha le vene varicose durante la gravidanza?							
T 22	Aveva le vene varicose prima della gravidanza? Noti bene: non importano i capillari rotti!							
T 23	Ha mai avuto trombosi o flebiti, cioè infiammazione alle vene delle gambe?							
T 24	Ha mai avuto un'embolia polmonare?							
E 25	Se si taglia il sanguinamento le sembra che duri a lungo?							
E 26	E' soggetta alla formazione di lividi senza causa apparente?							
E 27	Ha avuto in passato emorragie post-operatorie/postparto?							

		sì	no	Non so
E 28	Il medico le ha mai detto che lei soffre di malattie della coagulazione? Specifici quali:_____			
GE 29	Ha mai sofferto di disturbi del fegato? Se _____ sì, _____ specifici quali:_____			
GE30	Ha avuto recenti contatti con persone affette da epatite?			
GE 31	Beve più di due bicchieri di vino o di due birre piccole nella giornata o superalcolici?			
GE 32	Soffre di bruciore allo stomaco?			
GE 33	Aveva questi disturbi anche prima della gravidanza?			
GE 34	Soffre di altri disturbi dello stomaco o dell'apparato digerente? Specifici quali:_____			
R 35	Ha notato la presenza di schiuma nelle urine?			
R 36	Soffre di insufficienza renale o deve sottoporsi a dialisi?			
R 37	Ha avuto frequenti infezioni delle vie urinarie?			
R 38	Il medico le ha mai detto che lei soffre di altri disturbi ai reni? Se sì, specifici quali:_____			
END39	Ha manifestato segni di diabete per la prima volta durante questa gravidanza?			
END40	Soffriva di diabete prima di questa gravidanza?			
END41	Soffre attualmente di disturbi della tiroide? Se sì, specifici quali:_____			
OM42	Ha sofferto di mal di schiena durante questa gravidanza?			
OM43	Soffriva di mal di schiena prima di questa gravidanza?			
OM44	Soffre di scoliosi?			
OM45	Ha mai avuto fratture o traumi alla colonna vertebrale?			
VARI46	Ha avuto trasfusioni di sangue?			
VARIE47	Soffre di qualche malattia rara? Se sì, specifici quali:_____			
OF48	Assume abitualmente farmaci ? Se sì, specifici quali			
ALL49	E' allergica a qualche farmaco o sostanza o alimento? Specifici quale:_____			
ALL50	Specifici gli interventi chirurgici subiti nell'arco della vita			
ALL51	Ha avuto problemi durante l'anestesia generale? Specifici quali:_____			
	Ha mai effettuato anestesie locali (ad esempio dal dentista?)			
ALL52	Ha avuto problemi con l'anestesia locale? Specifici quali:_____			
	Durante la nascita del suo bambino pensa di usufruire, se necessario, dell'analgesia peridurale?			

Nella Sua famiglia d'origine qualche parente ha sofferto o è deceduto per:		sì	no	non so
FAM53	Facilità a sanguinare dalle ferite			
FAM54	Tromboembolia polmonare/morte improvvisa			
FAM55	Allergia grave a farmaci o altre sostanze o alimenti			
FAM56	Problemi gravi legati all'anestesia durante interventi chirurgici			

Data _____

Firma _____