gastropraxis
In besten Händen.

Etikett

Modulo di anamnesi gastropraxis

1. Prendere farmaci? Si □ / No □
   Se sì, quali? _____
2. Sta assumendo farmaci per **fluidificare il sangue**? Si □ / No □
3. Soffre di un aumento della pressione oculare **(glaucoma)?** Si □ / No □
4. Avete qualche malattia nota? Si □ / No □
   Se sì, quali? _____
5. Ha mai subito un intervento chirurgico allo stomaco o all'intestino? Si □ / No □
   Se sì, su cosa è stato operato? _____
6. Ha mai subito un intervento di chirurgia addominale (ginecologia, cistifellea, appendice, ernia, ecc.)? Si □ / No □
   Se sì, su cosa è stato operato? _____
7. Ha un'articolazione **artificiale dell'anca**? Si □ / No □
8. Siete **allergici** alla soia, alle arachidi o alle proteine dell'uovo di pollo? Si □ / No □
9. Ha mai fatto una gastroscopia o una colonscopia? Si □ / No □
10. C'è un cancro allo stomaco o al colon in famiglia? Si □ / No □
    Se è così, chi è interessato? _____
11. Si prega di inserire il peso in _____ kg e l'altezza in _____ cm.
12. Come tornerai a casa dopo l'esame? _____

Datu: _____ Firma : _____