

Modulo di anamnesi gastropraxis

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

Datu: _____ Firma : _____