

COGNOME: _____ NOME: _____ Nata/o il: _____

Gentile assistita/o

Per poterLa aiutare nel miglio modo possibile, La preghiamo di rispondere ad alcune domande.

Assume regolarmente farmaci?

NO SI (prego annoti i suoi medicinali o alleggi la documentazione medica)

Attualmente avverto i seguenti sintomi/problemi di salute:

Quali sono le sue attività giornaliere? (p.e. sport, bicicletta, camminare, fare la spesa, lavorare in giardino, etc.)

Avverte dolore o un senso di oppressione al torace?

NO SI soprattutto a riposo SI in particolar modo sotto sforzo

Ha respiro affannoso, respiro corto?

NO SI a riposo SI sotto sforzo

Le gambe e i piedi, talvolta, si gonfiano?

NO SI _____

Avverte disturbi del battito cardiaco?

NO SI spesso? Il disturbo dura a lungo? _____

Le è mai successo di svenire?

NO SI, perché _____

Avverte dolore alle gambe quando cammina?

NO SI dopo ca. _____ metri

Ha mai avuto disturbi neurologici, come paralisi, disturbi della sensibilità, difficoltà di parlare??

NO SI _____

Ha già avuto malattie cardiache? (p.e. infarto, problemi di valvole, disturbi del ritmo)

NO SI _____

Ha la pressione alta?

NO SI i valori della mia pressione sono _____

Conosce il valore del Suo colesterolo?

NO SI il valore è _____

Soffre di diabete mellito?

NO SI, da quando? _____

Fuma?

NO NO non più, ho fumato fino a _____ ca. _____ sigarette al giorno
 SI io fumo da _____ anni ca. _____ sigarette al giorno

I Suoi familiari (genitori, fratelli etc.) hanno delle patologie? (p. e. infarto cardiaco, OP di bypass, ictus, pressione alta, diabete, trombosi, aneurisma, fibrillazione atriale)

NO SI _____

Un componente della Sua famiglia è deceduto improvvisamente in giovane età?

NO SI _____

Russa di notte? È a conoscenza di apnea notturna?

NO SI

Ha spesso tosse?

NO SI ma senza muco SI con muco. Che colore ha il muco? _____

Ha avuto reazioni allergiche? (p. e. prurito, reazioni cutanee, asma, etc.)

NO SI quale _____

Va regolarmente di corpo?

SI NO
quali sono i problemi? _____

Ha difficoltà di urinare?

NO SI
quali sono i problemi? _____

Negli ultimi mesi il peso corporeo è rimasto uguale?

SI NO, aumento di peso _____ kg dal _____
 NO, calato di peso _____ kg dal _____

Ha avuto problemi di tiroide?

NO SI (ingrossata, iperfunzione, ipofunzione, operazione)

Ha avuto altre patologie? (ad es. ricoveri ospedalieri etc.)

NO SI quali? _____

Beve bevande alcoliche?

NO SI prego descriva in che modo e la
quantità.....

Che professione svolge?

Esercito la seguente professione _____
 Sono in pensione dal _____
Occupazione precedente _____