

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, calo 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 _____