

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

Gentile assistita/o!

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

Trauma:

Ha problemi di salute? (p.e. pressione alta, aritmia cardiaca, diabete)

☐ NO ☐ SI (prego annoti quali malattie)

Assume regolarmente farmaci?

Ha avuto interventi chirurgici?

☐ NO ☐ SI (prego annoti la data del intervento)

Assume antidolorifici?

☐ NO ☐ SI (quali farmaci?)

Ha allergie?

☐ NO ☐ SI: _____

Assume anticoagulanti?

☐ NO ☐ SI

Che professione svolge? _____

Quali sono le sue attività sportive? _____