

**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?** \_\_\_\_\_