

Questo questionario da compilare preferibilmente dopo la 36° settimana, non è riservato a chi desidera ricevere l'analgia epidurale in travaglio, ma a tutte le partorienti, in modo che per ogni evenienza si possa, anche in urgenza, ricorrere all'analgia/anestesia con la massima sicurezza possibile. Deve essere portato, compilato in ogni sua parte, al momento del suo ricovero presso la divisione di Ostetricia.

Nome _____ cognome _____

età _____ peso attuale _____ peso pregravidico _____ altezza _____ settimana di gestazione _____

Primo figlio Ha già avuto almeno un parto _____

1. HA AVUTO PROBLEMI A CARICO DEL CUORE E DELLA CIRCOLAZIONE

Pressione alta prima/durante la gravidanza? SI NO
 Palpitazioni? SI NO
 Varici/tromboflebiti? SI NO
 Caviglie gonfie? SI NO

2. HA AVUTO PROBLEMI RESPIRATORI

Asma? SI NO
 Se SI, di che tipo _____ preesistente la gravidanza? SI NO
 Bronchite/polmonite negli ultimi due anni? SI NO
 Ha o ha mai avuto problemi respiratori? SI NO
 Febbre/tosse nelle ultime settimane? SI NO

3. PROBLEMI RENALI

Ha mai avuto problemi renali? SI NO
 Se SI, specificare quali _____

4. HA MAI AVUTO PROBLEMI NEUROLOGICI, MALATTIE MUSCOLARI O DELLA COLONNA VERTEBRALE

Epilessia e/o convulsioni? SI NO
 Interventi di correzione della colonna? SI NO
 Ernia del disco a livello lombare? SI NO
 Lombosciatalgia? SI NO
 Se SI, prima della gravidanza in gravidanza
 Scoliosi (portare documentazione precedente, se a disposizione) SI NO
 Malattie demielinizzanti SI NO
 Malattie muscolari ereditarie o da mutazione genetica SI NO
 Se SI, specificare quali _____

5. MALATTIE METABOLICHE

Diabete prima della gravidanza? SI NO
 Diabete durante la gravidanza? SI NO
 Ittero? SI NO
 Epatite? SI NO

6. MALATTIE EMORRAGICHE

Sanguina facilmente se si procura una ferita? SI NO
 Ha mai avuto frequenti sanguinamenti dal naso? SI NO
 Si produce facilmente lividi per lievi traumi? SI NO
 In famiglia ha patologie che riguardano la coagulazione? SI NO

7. FUMO

Fuma? SI NO

Se SI, quanto _____

Fumava prima della gravidanza? SI NO

8. DISTURBI PSICOLOGICI/PSICHIATRICI

Ansia? SI NO

Attacchi di panico? SI NO

Depressione? SI NO

9. TERAPIA FARMACOLOGICA

Assume abitualmente farmaci? SI NO

Se SI, specificare quali, dosaggio e ultima somministrazione in caso di iniezione sottocute di eparina a basso peso molecolare

10. PRECEDENTI ANESTESIE

Ha mai ricevuto una anestesia? SI NO

Se SI, specificare per quale intervento e quando _____

10.1. TIPO DI ANESTESIA

Generale? SI NO

Spinale? SI NO

Plessica? SI NO

Locale? SI NO

Problemi con l'anestesia? SI NO

Se SI, specificare quali _____

Problemi in famiglia con l'anestesia? SI NO

11. ALLERGIE

È allergica a farmaci? SI NO

Se SI, specificare quali sintomi (portare documentazione precedente, se a disposizione)

È allergica a piante o animali? SI NO

Se SI, specificare quali sintomi (portare documentazione precedente, se a disposizione)

12. CEFALEA (MAL DI TESTA)

Soffre di cefalea? SI NO

Che caratteristiche ha? _____

Esegue terapia specifica? SI NO

È seguita da uno specialista? SI NO

Se SI, specificare _____

Data e luogo _____

Firma dell'assistita _____