

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 gravidico \_\_\_\_\_ 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**

Pressione alta prima/durante la gravidanza?  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/non 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

E' seguita da uno specialista?  SI  NO

Se SI, specificare \_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma dell'assistita \_\_\_\_\_