Gravidanza e parto analgesia: anamnesi personale.



L'anamnesi personale serve all’anestesista per vedere se la gravida può eseguire parto analgesia e comprende:

le malattie passate o in atto, allergie, interventi chirurgici effettuati, terapie in atto (farmaci in uso).

**SI prega la gravida di compilare con attenzione.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome  | Nome  | cellulare | mail |
| Età | Peso pregravidico | Peso attuale | altezza |
| Sett.gestazionale | residenza |

**Malattie se SI specificare**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ipertensione si no** | **Epilessia si no**  |
| **Cardiopatie si no**  | **Emicrania si no**  |
| **Diabete si no**  | **Problemi della colonna vertebrale****si no**  |
| **Malattie della tiroide si no**  | **Problemi dell'apparato muscolo-scheletrico**  **si no**  |
| **Malattie del sangue si no**  | **Crisi depressive** **si no**  |
| **Trombosi si no**  | **Malattie mentali si no**  |
| **Malattie del fegato si no**  | **Malattie respiratorie si no**  |
| **Presenza di tatuaggi zona lombare schiena****Si no** | **Problemi con anestesia locale dal dentista****Si no** |
| **Malattie renali o dell'apparato urinario**  **si no**  | **Infezioni pregresse o in corso** **si no**  |
| **Incontinenza urinaria si no**  | **Altre malattie** |
| **Fumo si no** | **Dipendenze si no** **Se sì, quali?** |

**Farmaci**

|  |
| --- |
| Per patologie croniche |
| Per disturbi saltuari |
| Altro |

**Interventi chirurgici effettuati SI  NO **

**Se SI specificare**

|  |
| --- |
|  |

**Allergie a farmaci SI  NO **

**Se SI specificare, a farmaci o alimenti o lattice altro**

|  |
| --- |
|  |

Secondo le normative vigenti si chiede il consenso al trattamento dei dati personali

 SI NO

FIRMA