

Cognome _____

Nome _____

Data di Nascita _____

Sesso _____ Et  _____

QUESTIONARIO - STORIA CLINICA

Le chiediamo gentilmente di rispondere alle seguenti domande al fine di avere un quadro generale sulla sua storia clinica per procedere con la IEO Second Opinion.

FARMACI

Si richiede di elencare di seguito i farmaci assunti regolarmente: (compresi sonniferi, sedativi, lassativi, aspirina, pillola contraccettiva, erbe e rimedi omeopatici):

Nome del Farmaco	Dose	Mattino	Pomeriggio	Sera

Allergie a Farmaci SI NO

Se s , specificare a quali _____

Quali farmaci prende in sostituzione? _____

PATOLOGIE

Soffre/Ha mai sofferto di una delle seguenti patologie? (specificare quali)

- Malattie Cardiovascolari - *Ictus, Angina, Arresto Cardiaco, Aritmia, Pericardite, Vene Varicose, Trombosi, Malattie Arteriose*
- Ipertensione Arteriosa (*pressione alta*)

Ha un pacemaker o si   sottoposto a ossigeno terapia o dialisi? **SI** **NO**

Ha effettuato un check-up cardiologico nel corso dell'ultimo anno come:

- Visita ed ECG Ecocardiogramma Test da Sforzo Holter – Elettrocardiogramma 24 h
- Check-up Cardiologico in Emergenza

Per quale motivo o sintomo? _____

PRECEDENTI INTERVENTI CHIRURGICI/CHEMIOTERAPIA/RADIOTERAPIA

Si   mai sottoposto a interventi chirurgici?

1. _____ anno 2. _____ anno
 3. _____ anno 4. _____ anno

Si   mai sottoposto a chemioterapia?

1. _____ anno 2. _____ anno
 3. _____ anno 4. _____ anno

Si è mai sottoposto a radioterapia?

1. _____ anno 2. _____ anno

3. _____ anno 4. _____ anno

STILI DI VITA:

Professione _____

Fa uso di alcolici? **SI** **NO** Se sì, specificare il tipo e il consumo giornaliero _____

Fuma o ha mai fumato? **SI** **NO** Numero sigarette al giorno _____ Smesso da: _____

Peso abituale: Kg _____ Altezza: cm _____

Ha perso peso ultimamente? **SI** **NO**

SOLO PER DONNE:

<p>È incinta o potrebbe esserlo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Età primo ciclo mestruale: _____ Data dell'ultimo ciclo: _____</p> <p>Età all'inizio della menopausa: _____ Terapia ormonale sostitutiva: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Età alla prima gravidanza: _____ Numero di gravidanze portate a termine: _____</p> <p>Allattamento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
--

FAMILIARITÀ: si chiede gentilmente di compilare la tabella sotto riportata, inserendo le Informazioni relative alle malattie dei familiari

	Vivo	Età	Patologia
Padre	SI NO		
Madre	SI NO		
Fratello	SI NO		
Fratello	SI NO		
Sorella	SI NO		
Sorella	SI NO		

DOCUMENTAZIONE CLINICA RICHIESTA: a completamento del presente questionario è necessario allegare la documentazione clinica elencata di seguito. Si ricorda che la documentazione clinica deve essere in lingua Italiana o Inglese.

- Referti operatori di eventuali interventi chirurgici
- Referti di esami diagnostici (TC, Risonanza Magnetica, Rx, Ecografie,...)
- Referti di esami di laboratorio
- Immagini/CD di esami diagnostici
- Referti istologici

Data _____

Firma del Paziente o del Legale Rappresentante _____