

# Unità Operativa Dipartimentale di Endoscopia

Responsabile: Dott. G. Baldassarre  
Ospedale di Santorso: tel 0445571224 fax 0445571230 [endososa@aulss7.veneto.it](mailto:endososa@aulss7.veneto.it)

## ANAMNESI ENDOSCOPICA

**leggere con attenzione, compilare con cura e restituire al momento dell'esame**

Cognome Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Sesso M  F  Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altezza (cm): \_\_\_\_\_

**ALCOL** (Bevo birra, vino, aperitivi, liquori o grappe?) specificare frequenza e quantità:

frequenza	<input type="checkbox"/> - Mai	<input type="checkbox"/> meno di 1 volta al mese	<input type="checkbox"/> 2-4 volte al mese	<input type="checkbox"/> 2-3 volte a settimana	<input type="checkbox"/> 4 o più volte a settimana
quantità (bicchieri)*	<input type="checkbox"/> - 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> = o più di 5

\*NB: 1 bicchiere corrisponde a: 330 ml di birra, 125 ml di vino, 80 ml di aperitivo, 40 ml di liquore, grappa o altro superalcolico.

**FUMO:**  no  Ex-fumatore da anni \_\_\_\_\_  fumatore (n° sigarette/die \_\_\_\_\_)

**ALLERGIE** (Sono allergico a qualche farmaco oppure alla soia o alle arachidi?):  no  si  
Se si specificare \_\_\_\_\_

**FAMILIARITA' PER TUMORE** (Tra i miei familiari di 1° grado, qualcuno ha avuto uno dei seguenti tumori?)  no  si se si segnare a quale età è comparso:

	padre	madre	fratelli/sorelle	figli
Tumore Esofago				
Tumore Stomaco				
Tumore Colon-Retto				

**FARMACI** (Prendo medicine?):  si  no se si specificare:

Nn	Farmaco (nome commerciale)	Quantità	Continuità terapia sempre (C) a cicli (D) al bisogno (AB)	Da quanto tempo (giorni/mesi/anni)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

In particolare specificare nella tabella soprastante se si assumono i seguenti tipi di farmaci: **anticoagulanti** (es. coumadin), **antiaggreganti** (es. aspirina, ticlopidina, plavix), **antinfiammatori** o **antidolorifici** (es. diclofenac, ibuprofene, nimesulide) oppure **cortisonici** (es. deltacortene)

**MALATTIE** (Ho avuto in passato oppure sono attualmente affetto da qualcuna delle seguenti malattie? Ho subito interventi chirurgici?):

<b>M. apparato Cardio-Cerebro Vascolare</b>			
<input type="checkbox"/> Ipertensione Arteriosa	<input type="checkbox"/> Aritmia	<input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale	<input type="checkbox"/> Ictus /trombosi cerebrale
<input type="checkbox"/> Infarto del Miocardio	<input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale	<input type="checkbox"/> Ictus /trombosi cerebrale	<input type="checkbox"/> Arteriopatia obliterante arti inferiori
<input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica	<input type="checkbox"/> Arteriopatia obliterante arti inferiori		
<input type="checkbox"/> Embolia polmonare			
<b>M. apparato Digerente</b>			
<input type="checkbox"/> Esofagite	<input type="checkbox"/> Gastrite atrofica	<input type="checkbox"/> Calcolosi della Colecisti	<input type="checkbox"/> Cirrosi Epatica
<input type="checkbox"/> Ulcera duodenale	<input type="checkbox"/> Ulcera gastrica	<input type="checkbox"/> Cirrosi Epatica	<input type="checkbox"/> Epatopatia cronica
<input type="checkbox"/> Malattia di Crohn	<input type="checkbox"/> Colite Ulcerosa	<input type="checkbox"/> Epatopatia cronica	<input type="checkbox"/> Epatite B/C
<input type="checkbox"/> Diverticolosi	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori	<input type="checkbox"/> Epatite B/C	<input type="checkbox"/> Pancreatite acuta
<input type="checkbox"/> Intestino irritabile	<input type="checkbox"/> Emorroidi	<input type="checkbox"/> Pancreatite acuta	<input type="checkbox"/> Pancreatite cronica
<b>M. Sistema Endocrino-Metabolico</b>			
<input type="checkbox"/> Ipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Ipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Gotta
<input type="checkbox"/> Tiroidite		<input type="checkbox"/> Diabete mellito	
<b>M. Neurologiche /Psichiatriche</b>			
<input type="checkbox"/> Demenza senile	<input type="checkbox"/> Malattia di Alzheimer	<input type="checkbox"/> Malattia di Parkinson	<input type="checkbox"/> Epilessia
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Psicosi	<input type="checkbox"/> Sclerosi multipla	<input type="checkbox"/> SLA
<b>M. apparato Osteoarticolare</b>			
<input type="checkbox"/> Artrite reumatoide	<input type="checkbox"/> Polimialgia reumatica	<input type="checkbox"/> Osteoporosi	<input type="checkbox"/> Fratture
<input type="checkbox"/> Artrosi / Artrite	<input type="checkbox"/> Osteoporosi	<input type="checkbox"/> Fratture	
<b>M. apparato Respiratorio</b>			
<input type="checkbox"/> Bronchite cronica / Enfisema polmonare	<input type="checkbox"/> Asma		
<b>M. apparato Urogenitale</b>			
<input type="checkbox"/> Insufficienza Renale Cronica	<input type="checkbox"/> Ipertrofia Prostatica		
<b>Altre malattie</b>			
<input type="checkbox"/> Psoriasi	<input type="checkbox"/> Dermatite	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<b>Altro:</b> _____
<input type="checkbox"/> Miastenia gravis			
<b>Tumori</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se si specificare _____			
<b>Interventi Chirurgici</b>			
<input type="checkbox"/> Appendicectomia	<input type="checkbox"/> Colecistectomia	<input type="checkbox"/> Isterectomia	<input type="checkbox"/> Portatore di Pacemaker/Defibrillatore
<input type="checkbox"/> Gastrectomia / gastroresezione	<input type="checkbox"/> Isterectomia	<input type="checkbox"/> Portatore di Pacemaker/Defibrillatore	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Emicolectomia / resezione colica	<input type="checkbox"/> Portatore di Pacemaker/Defibrillatore	<input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Intervento per emorroidi/ragade	<input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Altro _____

**SINTOMI** (qual è il principale disturbo oppure il motivo per cui ho deciso di sottopormi all'endoscopia?):

---



---



---



---