

ANAMNESI ENDOSCOPICA PER COLONSCOPIA

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

Nome e Cognome: _____ Data di nascita: _____

Sesso: M F Peso attuale (kg): _____ Altezza (cm): _____

QUESITO ENDOSCOPICO Qual è il principale disturbo od il motivo per cui eseguo l'esame endoscopico?

(compilare) _____

SINTOMI Segnare tutti i sintomi di cui soffre tra quelli in elenco:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nessun sintomo | <input type="checkbox"/> FOBT | <input type="checkbox"/> Modificazione dell'alvo |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Rettoragia | <input type="checkbox"/> Brontolii |
| <input type="checkbox"/> Stipsi | <input type="checkbox"/> Melena | <input type="checkbox"/> Flatulenza |
| <input type="checkbox"/> Calo ponderale | <input type="checkbox"/> Ematochezia | <input type="checkbox"/> Gonfiore |
| <input type="checkbox"/> Dolore pelvico | <input type="checkbox"/> Epigastralgia | <input type="checkbox"/> Incontinenza |
| <input type="checkbox"/> Dolore / Tensione addominale | <input type="checkbox"/> Meteorismo | <input type="checkbox"/> Anemia (specificare tipo): |
| <input type="checkbox"/> Tenesimo | <input type="checkbox"/> Presenza di muco | <input type="checkbox"/> Altro (specificare): |

PREPARAZIONE all'esame Indicare quale tipo di preparazione è stata eseguito tra quelle in elenco:

- | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuna preparazione | <input type="checkbox"/> Phospholax | <input type="checkbox"/> Plenvu | <input type="checkbox"/> Lovoless | <input type="checkbox"/> Isocolan | <input type="checkbox"/> Selgesse | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) |
| <input type="checkbox"/> Citrafleet | <input type="checkbox"/> Agpeg | <input type="checkbox"/> Moviprep | <input type="checkbox"/> Clisma | <input type="checkbox"/> Selg | | |

Indicare con quale modalità di assunzione (dose o quantità): _____

TERAPIE IN CORSO

Faccio uso di Farmaci? no sì - Se sì, rispondere alle seguenti domande e compilare la tabella che segue:

- Tra i farmaci, prendo **Anticoagulanti**? (es. coumadin) no sì
- Tra i farmaci, prendo **Antiinfiammatori o antidolorifici**? (es. diclofenac, ibuprofene, nimesulide) no sì
- Tra i farmaci, prendo altri **Antiaggreganti**? (es. aspirina, ticlopidina, plavix) no sì

Riportare nella tabella sottostante **TUTTI** i farmaci attualmente in uso:

| NR | Farmaco (nome commerciale) | Quantità | Continuità terapia (sempre, a cicli, al bisogno) | Da quanto tempo (giorni/mesi/anni) |
|----|-------------------------------|----------|---|---------------------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

ALCOOL Bevo attualmente bevande alcoliche?

- No, mai No, ma sono un ex bevitore Sì - Se sì, indicare la quantità la quantità di bicchieri* bevuti, distinta per giorni della settimana:

* Dove 1 bicchiere è uguale a:



QUANTI BICCHIERI* bevo in media al GIORNO nei giorni feriali?

0 1 2 3 4 5 6+

QUANTI BICCHIERI* bevo in media al GIORNO nei festivi (weekend)?

0 1 2 3 4 5 6+

ABITUDINE AL FUMO Fumo?

No, non fumo

Sono un **ex fumatore** *Indicare da quanto tempo ha smesso:*
Indicare quanto fumava: n.1-10/die n.11-20/die n.21-30/die Più di 30/die
Indicare cosa fumava: pipa sigaretta sigaretta elettronica

Sono un **attuale fumatore** *Indicare cosa fuma:* pipa sigaretta sigaretta elettronica
Indicare quanto fuma: n.1-10/die n.11-20/die n.21-30/die Più di 30/die

FAMILIARITA' PER TUMORE Tra i miei familiari di 1° grado, qualcuno ha avuto uno dei seguenti tumori?

| Se sì, segnare a quale età è comparso | padre | madre | fratelli/sorelle | figli | nonni | zii/zie |
|--|------------|------------|------------------|------------|------------|------------|
| Tumore al Colon-Retto <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì | anni | anni | anni | anni | anni | anni |
| Tumore all'Esophago <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì | anni | anni | anni | anni | anni | anni |
| Tumore allo Stomaco <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì | anni | anni | anni | anni | anni | anni |
| Tumore al Pancreas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì | anni | anni | anni | anni | anni | anni |
| Tumore alle vie biliari <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì | anni | anni | anni | anni | anni | anni |















DIETA Quale tipo di dieta seguo in questo momento?

Libera Vegetariana Vegana Diabete Altro (indicare alimenti esclusioni)

ALLERGIE

Sono allergico a qualche **FARMACO o MATERIALE** (es: nichel)? no sì - specificare quale:

Sono allergico a qualche **ALIMENTO**? no sì - Se sì, specificare quale tra quelli in elenco

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Pesce | <input type="checkbox"/> Molluschi | <input type="checkbox"/> Latticini | <input type="checkbox"/> Glutine | <input type="checkbox"/> Frutta a guscio | <input type="checkbox"/> Crostacei | <input type="checkbox"/> Arachidi | <input type="checkbox"/> Lupini | <input type="checkbox"/> Uova | <input type="checkbox"/> Solfiti | <input type="checkbox"/> Soia | <input type="checkbox"/> Sesamo | <input type="checkbox"/> Senape | <input type="checkbox"/> Sedano |

ALTRO

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|-------------------------|--|------------------------------|--|
| Soffro di malattie emolitiche? | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì - Se sì, quale?..... | Ho un pacemaker? | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì | Ho un defibrillatore? | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì |
|---------------------------------------|---|-------------------------|--|------------------------------|--|

MALATTIE Ho avuto in passato e/o sono attualmente affetto da qualcuna delle seguenti malattie?

| | | |
|---|---|--|
| Cardio-Cerebro Vascolari 401 <input type="checkbox"/> Ipertensione Arteriosa 410 <input type="checkbox"/> Infarto del Miocardio 414 <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica 415 <input type="checkbox"/> Embolia polmonare 427 <input type="checkbox"/> Aritmie cardiache 427.31 <input type="checkbox"/> Fibrillazione atriale 434 <input type="checkbox"/> Ictus /trombosi cerebrale 440 <input type="checkbox"/> Arteriopatia arti inferiori | Apparato Digerente 530 <input type="checkbox"/> Esofagite <input type="checkbox"/> Barrett (530.85) 535 <input type="checkbox"/> Gastrite atrofica 532 <input type="checkbox"/> Ulcera duodenale 531 <input type="checkbox"/> Ulcera gastrica 041.86 <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori 579 <input type="checkbox"/> Malattia celiaca 555 <input type="checkbox"/> Malattia di Crohn 565 <input type="checkbox"/> Fistole 455 <input type="checkbox"/> Emorroidi | 577.0 <input type="checkbox"/> Pancreatite acuta 577.1 <input type="checkbox"/> Pancreatite cronica 562.1 <input type="checkbox"/> Diverticoli del colon 564.1 <input type="checkbox"/> Intestino irritabile 556 <input type="checkbox"/> Colite Ulcerosa 070 <input type="checkbox"/> Epatite B (.3) o C (.7) 571.2 <input type="checkbox"/> Cirrosi Epatica 571.4 <input type="checkbox"/> Epatopatia cronica 574.9 <input type="checkbox"/> Calcolosi della colecisti |
| Endocrino-Metaboliche 245.9 <input type="checkbox"/> Ipertiroidismo 244.9 <input type="checkbox"/> Ipotiroidismo 272.2 <input type="checkbox"/> Dislipidemia 274.9 <input type="checkbox"/> Gotta 250.0 <input type="checkbox"/> Diabete mellito 245.9 <input type="checkbox"/> Tiroidite 272.0 <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia | Neurologiche/Psichiatriche 290.0 <input type="checkbox"/> Demenza senile 331.0 <input type="checkbox"/> Malattia di Alzheimer 296.3 <input type="checkbox"/> Depressione 298.9 <input type="checkbox"/> Psicosi 332.1 <input type="checkbox"/> Malattia di Parkinson 345.9 <input type="checkbox"/> Epilessia 335.20 <input type="checkbox"/> SLA 334.3 <input type="checkbox"/> Sclerosi multipla | Respiratorie / Urogenitali 419.9 <input type="checkbox"/> Bronchite cronica 518.1 <input type="checkbox"/> Enfisema polmonare 493.91 <input type="checkbox"/> Asma/stato asmatico 585 <input type="checkbox"/> Insufficienza Renale Cronica 600.0 <input type="checkbox"/> Ipertrofia Prostatica 595.1 <input type="checkbox"/> Cistite cronica Altri tumori (specificare): <input type="checkbox"/> |
| Altre malattie 696.1 <input type="checkbox"/> Psoriasi 691.8 <input type="checkbox"/> Dermatite 358.0 <input type="checkbox"/> Miastenia gravis 365.9 <input type="checkbox"/> Glaucoma 280.9 <input type="checkbox"/> Anemia carenza da Ferro 281.9 <input type="checkbox"/> Anemia non specificata <input type="checkbox"/> Altro: | Apparato Osteoarticolare 714.0 <input type="checkbox"/> Artrite reumatoide 715.0 <input type="checkbox"/> Artrosi / Artrite 729.0 <input type="checkbox"/> Polimialgia reumatica 733 <input type="checkbox"/> Osteoporosi 829.0 <input type="checkbox"/> Fratture dell'osso | Interventi Chirurgici 47.01 <input type="checkbox"/> Appendicectomia 49.04 <input type="checkbox"/> Intervento emorroidi/ragade 512.2 <input type="checkbox"/> Isterectomia 45.73 <input type="checkbox"/> Emicolectomia DX (Se SX 45.75) 512.2 <input type="checkbox"/> Colectistomia 43.9 <input type="checkbox"/> Gastrectomia 439.9 <input type="checkbox"/> Gastroresezione <input type="checkbox"/> Altro (specificare): |

Note: