

## ANAMNESI ENDOSCOPICA PER GASTROSCOPIA

**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:

Segnare tutti i sintomi di cui soffre:

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nessun sintomo      | <input type="checkbox"/> Eruttazioni    | <input type="checkbox"/> Diarrea                 | <input type="checkbox"/> Emottisi            |
| <input type="checkbox"/> Aerofagia           | <input type="checkbox"/> Gonfiore       | <input type="checkbox"/> Proctorragia            | <input type="checkbox"/> Extra sistoli       |
| <input type="checkbox"/> Brontolii           | <input type="checkbox"/> Epigastralgia  | <input type="checkbox"/> Odinofagia              | <input type="checkbox"/> Rigurgito acido     |
| <input type="checkbox"/> Dolore toracico     | <input type="checkbox"/> Faringite      | <input type="checkbox"/> Nausea                  | <input type="checkbox"/> Scialorrea          |
| <input type="checkbox"/> Dolore da fame      | <input type="checkbox"/> Globo faringeo | <input type="checkbox"/> Piroisi                 | <input type="checkbox"/> Singhiozzo          |
| <input type="checkbox"/> Vomito              | <input type="checkbox"/> Disfagia       | <input type="checkbox"/> Raucedine               | <input type="checkbox"/> Tachicardia         |
| <input type="checkbox"/> Vomito caffeeano    | <input type="checkbox"/> Dispepsia      | <input type="checkbox"/> Anoressia               | <input type="checkbox"/> Tosse               |
| <input type="checkbox"/> Faringite/Laringite | <input type="checkbox"/> Dispnea        | <input type="checkbox"/> Calo ponderale          | <input type="checkbox"/> Anemia (tipo) ..... |
|  |   | <input type="checkbox"/> Modificazioni dell'alvo | <input type="checkbox"/> Altro .....         |

**TERAPIE IN CORSO**

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

1. Tra i farmaci, prendo **Anticoagulanti**? (es. coumadin)  no  sì
2. Tra i farmaci, prendo **Antiinfiammatori o antidolorifici**? (es. diclofenac, ibuprofene, nimesulide)  no  sì
3. 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				
9				
10				

**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:



BIRRA  
330 ml

oppure



VINO  
125 ml

oppure



SUPERALCOLICO  
40 ml

**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?*

<input type="checkbox"/> No, <b>non fumo</b>	
<input type="checkbox"/> Sono un <b>ex fumatore</b>	Indicare da quanto tempo ha smesso: ..... Indicare quanto fumava: <input type="checkbox"/> n.1-10/die <input type="checkbox"/> n.11-20/die <input type="checkbox"/> n.21-30/die <input type="checkbox"/> Più di 30/die Indicare cosa fumava: <input type="checkbox"/> pipa <input type="checkbox"/> sigaretta <input type="checkbox"/> sigaretta elettronica
<input type="checkbox"/> Sono un <b>attuale fumatore</b>	Indicare cosa fuma: <input type="checkbox"/> pipa <input type="checkbox"/> sigaretta <input type="checkbox"/> sigaretta elettronica Indicare quanto fuma: <input type="checkbox"/> n.1-10/die <input type="checkbox"/> n.11-20/die <input type="checkbox"/> n.21-30/die <input type="checkbox"/> 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
<b>Tumore al Colon-Retto</b> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni
<b>Tumore all'Esofago</b> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni
<b>Tumore allo Stomaco</b> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni
<b>Tumore al Pancreas</b> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni
<b>Tumore alle vie biliari</b> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni	..... anni















**DIETA** *Quale tipo di dieta seguo in questo momento?*

<input type="checkbox"/> Libera	<input type="checkbox"/> Vegetariana	<input type="checkbox"/> Vegana	<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> 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**

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

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

<b>Cardio-Cerebro Vascolari</b> 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 cerebrali 440 <input type="checkbox"/> Arteriopatia arti inferiori	<b>Apparato Digerente</b> 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
<b>Endocrino-Metaboliche</b> 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	<b>Neurologiche/Psichiatriche</b> 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	<b>Respiratorie / Urogenitali</b> 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 <b>Altri tumori</b> (specificare): <input type="checkbox"/> .....
<b>Altre malattie</b> 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: .....	<b>Apparato Osteoarticolare</b> 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	<b>Interventi Chirurgici</b> 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"/> Colectomia 43.9 <input type="checkbox"/> Gastrectomia 439.9 <input type="checkbox"/> Gastroresezione <input type="checkbox"/> Altro (specificare): .....

**Note:**