



Gentile sig/sig.ra,

saremo lieti di aver il suo aiuto per garantire la maggior sicurezza possibile nell'esecuzione dell'intervento chirurgico.

Pertanto la preghiamo di compilare questo modulo e di rispedirlo in tempo utile.

Grazie per la collaborazione

La Direzione Sanitaria

DATA INTERVENTO: ..... DATA RICOVERO: ..... ORE: .....

Cognome ..... Nome .....

data di nascita ..... peso (kg) ..... altezza (cm) .....

intervento ..... chirurgo .....

Interventi chirurgici e malattie precedenti:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Malattie in corso:

- Asma, Enfisema, Bronchite cronica, Ipertensione arteriosa, Angina, Infarto, Aritmie, Diabete, Malattie della Tiroide, Depressione, Malattie del rene

Altro:

.....
.....

**Allergie:**

**Farmaci:** .....

**Metalli:** .....

**Lattice:**  si  no

**In caso di dubbio:** ha avuto reazioni cutanee dopo l'uso di guanti da cucina, palloncini o altri oggetti in gomma.

**Reazioni in seguito ad anestesie precedenti:**  no  si **di che tipo** .....

.....  
.....

**Farmaci attualmente assunti:**

.....  
.....  
.....

**Risposte eventuali e più recenti esami quali:**

- Radiografie
- TAC
- Risonanze Magnetiche
- Ecografie
- Elettrocardiogramma e visite cardiologica
- Esame del sangue

Lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

firma del paziente

**COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO DI FAMIGLIA**

*Gentile collega,*

*ti chiediamo di confermare la validità dei dati sopra descritti che il paziente ci ha fornito, mediante l'apposizione del timbro e della firma autografa sul presente modulo. Ringraziandoti in anticipo per la collaborazione, porgiamo cordiali saluti.*

Lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico di famiglia

**Si prega di restituire il presente modulo compilato e firmato per fax al n. 055-9153093 o per mail all'indirizzo: [interventi.fratesole@korian.it](mailto:interventi.fratesole@korian.it) entro 3 giorni dal ricevimento**