

QUESTIONARIO PER PAZIENTE AMMESSO AD UNA PROCEDURA ENDOSCOPICA OD ECOGRAFICA

Cognome..... Nome..... Nato/a il.....

Motivo dell'esame (indicazione).....
.....

Peso (kg):..... Altezza:..... BMI:..... WC:.....

Perdita di peso SI NO In quanto tempo

Appetito diminuito SI NO

Interventi chir. subiti SI NO

Se SI Quali?..... Quando?.....

Quali?..... Quando?.....

Quali?..... Quando?.....

Quali?..... Quando?.....

Altre patologie rilevanti:.....
.....
.....

Allergie SI NO Quali?.....

Fumo SI NO Quanto?.....

Alcolici SI NO Quanto? ("Drinks" al giorno).....

Medicamenti assunti:

Famigliarità per malattie:.....
.....
.....

Data: Locarno

Firma:.....