



**SSD Endoscopia Digestiva**

Resp. Dr. D. Drago  
Telefono: 0131.206443  
mail: [ddrago@ospedale.al.it](mailto:ddrago@ospedale.al.it)

**QUESTIONARIO PRE-ENDOSCOPICO**

**COGNOME E NOME**.....  
Età: ..... Altezza: ..... Peso: ..... Professione: .....  
Indirizzo: ..... tel:.....  
Medico di famiglia: Dott. ....

**DI QUALI MALATTIE SOFFRE O HA SOFFERTO:**

|                                  |                             |                             |                              |                             |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Attacco cardiaco/ infarto</b> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | <b>Pressione elevata</b>     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <b>Asma bronchiale</b>           | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | <b>Allergie</b>              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <b>Epilessia o convulsioni</b>   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | <b>Ictus cerebrale</b>       | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <b>Calcolosi urinaria</b>        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | <b>Diabete</b>               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <b>Epatite virale</b>            | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | <b>Tumori</b>                | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <b>Cirrosi epatica</b>           | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | <b>Interventi chirurgici</b> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Se sì (specificare): .....  
Precedenti esami endoscopici: .....

**ATTUALMENTE PRESENTA UNO DI QUESTI DISTURBI:**

|                        |                             |                             |                              |                             |                             |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Dolore toracico</b> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | <b>Difficoltà di respiro</b> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <b>Palpitazioni</b>    | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | <b>Tosse</b>                 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Per cortesia scriva il nome dei farmaci che assume:  
.....

**Ha protesi dentaria?** SI  N



Azienda Ospedaliera Nazionale  
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo  
Alessandria



Via Venezia, 16 – 15100 ALESSANDRIA  
Tel . 0131 206111 – [www.ospedale.al.it](http://www.ospedale.al.it)  
[info@ospedale.al.it](mailto:info@ospedale.al.it)

C.F. – P.I. 01640560064

Eventuali altri elementi ricavati dal colloquio:

.....

Data .....

Firma dell'utente .....

Firma del medico.....

Mod. ENDO 03-01/ 04