

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO - STORIA CLINICA

Le chiediamo gentilmente di rispondere alle seguenti domande al fine di avere un quadro generale sulla sua storia clinica per procedere con la Monzino Second Opinion.

### FARMACI

**Si richiede di elencare di seguito i farmaci assunti regolarmente:** (compresi sonniferi, sedativi, lassativi, aspirina, pillola contraccettiva, erbe e rimedi omeopatici):

Nome del Farmaco	Dose	Mattino	Pomeriggio	Sera

**Allergie a Farmaci**    SI     NO

Se sì, specificare a quali \_\_\_\_\_

### PATOLOGIE:

**Soffre/ha mai sofferto di una delle seguenti patologie?** (specificare quali)

**Malattie Cardiovascolari** (*Infarto Miocardico, Ictus, Angina Pectoris, Scompenso Cardiaco, Aritmie, Malattie Valvolari, Aneurisma Aortico, Claudicatio Arti Inferiori*) \_\_\_\_\_

**Iperensione Arteriosa** (*pressione alta*)    SI     NO

**Diabete**    SI     NO

**Ipercolesterolemia**    SI     NO

**È in ossigenoterapia?**    SI     NO

**È in dialisi?**    SI     NO

Ha effettuato una valutazione cardiologica nel corso dell'ultimo anno con:

Visita ed ECG     Ecocardiogramma     Test da Sforzo     Holter – Elettrocardiogramma 24 h

Check-up Cardiologico

Per quale motivo o sintomo? \_\_\_\_\_

**PRECEDENTI INTERVENTI CHIRURGICI:**

**È mai stato sottoposto a interventi chirurgici non cardiologici?**

1. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

**È mai stato sottoposto a interventi cardiocirurgici (bypass, sostituzione o riparazione valvolare, aneurisma aortico, trapianto, ecc)?**

1. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

**È mai stato sottoposto a procedure interventistiche cardiologiche (angioplastica, stent, ablazione, pacemaker, defibrillatore, TAVI, PFO, ecc) ?**

1. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

**STILI DI VITA:**

Professione \_\_\_\_\_

Fa uso di alcolici? **SI**  **NO**  Se sì, specificare il tipo e il consumo giornaliero \_\_\_\_\_

Fuma o ha mai fumato? **SI**  **NO**  Numero sigarette al giorno \_\_\_\_\_ SMESSO da: \_\_\_\_\_

Peso abituale: Kg \_\_\_\_\_ Altezza: cm \_\_\_\_\_

Ha perso peso ultimamente? **SI**  **NO**

**SOLO PER DONNE:**

È incinta o potrebbe esserlo? **SI**  **NO**

Età primo ciclo mestruale: \_\_\_\_\_ Data dell'ultimo ciclo: \_\_\_\_\_

Età all'inizio della menopausa: \_\_\_\_\_ Terapia ormonale sostitutiva: **SI**  **NO**

Età alla prima gravidanza: \_\_\_\_\_ Numero di gravidanze portate a termine: \_\_\_\_\_

Allattamento: **SI**  **NO**

**FAMILIARITÀ:** si chiede gentilmente di compilare la tabella sotto riportata, inserendo le Informazioni relative alle malattie dei familiari

	Vivo	Età	Patologia
Padre	SI NO		
Madre	SI NO		
Fratello	SI NO		
Fratello	SI NO		



Sorella	SI	NO		
Sorella	SI	NO		

**DOCUMENTAZIONE CLINICA RICHIESTA:** a completamento del presente questionario è necessario allegare la documentazione clinica elencata di seguito. Si ricorda che la documentazione clinica deve essere in lingua Italiana o Inglese.

- Referti operatori di eventuali interventi chirurgici
- Referti di esami diagnostici (TC, Risonanza Magnetica, Rx, Ecografie,...)
- Referti di esami di laboratorio
- Immagini/CD di esami diagnostici
- Referti istologici

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_