

QÜESTIONARI PRE-ENDOSCÒPIA

Nº-PÒLISSA.....
D.N.I.....
Data de naixement.....
Telèfon.....
Mútua.....

Nom del pacient
Adreça.....
Professió o activitat.....

Exploració sol·licitada pel Dr.....

Llegeixi amb atenció aquest qüestionari, i si hi ha alguna pregunta que no entén, consulti'ns abans de contestar.

Assenya-li amb un cercle la resposta correcta.

- | | | | |
|---|-----------|-----------|--|
| 1. És al·lèrgic a alguna substància? | SÍ | No | |
| En cas afirmatiu, indiqui-la | | | |
| 2. És al·lèrgic a algun medicament? | SÍ | No | |
| En cas afirmatiu, indiqui'l..... | | | |
| 3. És al·lèrgic als anestèsics locals? | SÍ | No | |
| 4. Ha patit, sense motiu aparent, de: | | | |
| Urticària | SÍ | No | |
| Inflamació de parpelles, llavis, llengua | SÍ | No | |
| Picor en el cos amb o sense envermelliment | SÍ | No | |
| 5. És asmàtic? | SÍ | No | |
| 6. Pateix de bronquitis crònica? | SÍ | No | |
| 7. Fuma ? | SÍ | No | |
| 8. És hipertens (tensió arterial elevada)? | SÍ | No | |
| 9. Si és hipertens, quina medicació pren actualment? | | | |
| Indiqui-la | | | |
| 10. És diabètic? | SÍ | No | |
| 11. Si és diabètic, amb què es medica? | | | |
| Dieta | SÍ | No | |
| Pastilles | SÍ | No | |
| Insulina | SÍ | No | |
| 12. Pateix o ha patit alguna de les malalties següents? | SÍ | No | |
| Buf al cor | SÍ | No | |
| Infart de cor | SÍ | No | |
| Angina de pit | SÍ | No | |
| Arítmies | SÍ | No | |
| Insuficiència cardíaca | SÍ | No | |
| Altres malalties del cor | SÍ | No | |
| Indiqui-les..... | | | |
| 13. Ha estat operat del por per: | | | |
| Canviar-li una vàlvula cardíaca | SÍ | No | |
| Realitzar-li un <i>bypass</i> aorto-coronari | SÍ | No | |
| 14. Li han practicat alguna altra intervenció quirúrgica sobre altres òrgans? | | | |
| Indiqui-la..... | | | |
| 15. Li han practicat transfusions de sang? | SÍ | No | |

- | | | | |
|-----|--|-----------|-----------|
| 16. | Pateix o ha patit d'epilèpsia o de crisis convulsives? | Sí | No |
| 17. | Pateix o ha patit alguna de les malalties següents? | | |
| | Hepatitis | Sí | No |
| | Hepatitis B | Sí | No |
| | Hepatitis C | Sí | No |
| | Sida | Sí | No |
| | Embòlia pulmonar | Sí | No |
| | Embòlia cerebral | Sí | No |
| | Hemorràgia cerebral | Sí | No |
| | Infart cerebral | Sí | No |
| | Malaltia de Parkinson | Sí | No |
| | Pneumotòrax espontani | Sí | No |
| | Goll | Sí | No |
| | Varius | Sí | No |
| | Flebitis o trombosi venosa | Sí | No |
| | Aneurisma de l'aorta abdominal | Sí | No |
| 18. | Ha estat operat del | | |
| | Goll | Sí | No |
| | Cordes vocals | Sí | No |
| | Obstrucció d'alguna artèria de les extremitats | Sí | No |
| 19. | En el darrer mes, ha pres algun dels medicaments següents? | | |
| | Antidepressius | Sí | No |
| | Tranquil·litzants | Sí | No |
| | Medicaments contra l'insomni | Sí | No |
| | Aspirines | Sí | No |
| | Corticoides | Sí | No |
| | Antiinflamatoris | Sí | No |
| 20. | Pateix d'alguna malaltia de la coagulació de la sang? | Sí | No |
| 21. | En les darreres dues setmanes, ha pres medicaments per disminuir la coagulació de la sang, com SINTROM o HEPARINA? | Sí | No |
| 22. | Utilitza laxants per fer de ventre?
Indiqui'ls..... | Sí | No |
| 23. | Utilitza pròtesi dentària (dentadura postissa)? | Sí | No |
| 24. | Beu | | |
| | Vi | Sí | No |
| | Cervesa | Sí | No |
| | Licor | Sí | No |
| | Cigalons | Sí | No |
| 25. | Ha utilitzat algun cop | | |
| | Amfetamines | Sí | No |
| | Cocaïna | Sí | No |
| | Heroïna | Sí | No |
| | Marihuana | Sí | No |
| | Crack | Sí | No |
| 26. | Si actualment pren un o més medicaments, si us plau, indiqui'ls | | |

DECLARO HAVER LLEGIT I COMPRES TOTES I CADASCUNA DE LES PREGUNTES D'AQUEST QÜESTIONARI I QUE TOT ALLÒ QUE HE RESPÒS ÉS ABSOLUTAMENT CERT.

Data

Signatura del pacient

