



Ospedale  
Evangelico  
Internazionale

**SCHEDA DI AMMISSIONE AL TRATTAMENTO IN  
REGIME AMBULATORIALE O DI  
DAY SURGERY**  
Tel: Ospedale Evangelico 010/55221

Gentile Signore/Signora,

L'intervento chirurgico che è stato programmato per Lei sarà effettuato, se le Sue condizioni di salute lo consentono, in Regime di Ricovero di Day Surgery.

Questo modulo aiuterà i medici a valutare il suo stato di salute, La preghiamo di compilarlo per intero e di sottoporlo anche all'attenzione del Suo medico curante (MMG) per le annotazioni di competenza.

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Diagnosi \_\_\_\_\_

**SCHEDA PRELIMINARE DI VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA**

Ha mai avuto:	SI	NO	Dettagli
1. Dolori toracici a riposo o durante sforzi fisici?			
2. Problemi di cuore e/o portatore di pacemaker?			
3. Problemi neurologici e/o epilessia?			
4. Malattie dei polmoni (asma, bronchite, altro)?			
5. Ipertensione?			Valori pressori: ___/___
6. Problemi vascolari?			
7. Problemi di fegato e/o itterizia?			
8. Gastrite, ulcera gastrica o altri problemi gastrointestinali?			
9. Problemi ad urinare o ai reni?			
10. Anemia o altri problemi del sangue? Eccessivi sanguinamenti o ematomi?			
11. Artrite, artrosi o malattie muscolari?			
12. Diabete?			
13. Interventi chirurgici? Se si elencarli in ordine cronologico			
14. Problemi con precedenti anestesie (anche locali)?			
15. Altri ricoveri ospedalieri in passato? Se si riportate il motivo			
16. Allergie o reazioni allergiche a medicinali? Se si riportate il tipo di medicinale			
17. Prende qualche medicina?			Quale?

18. E' a conoscenza di essere portatore di AIDS o Epatite?			
19. Fuma?			Quante sigarette al giorno?
20. Beve vino, birra o superalcolici?			Quanti bicchieri al giorno?
21. Fa abitualmente uso di sostanze stupefacenti?			Quali?
22. E' in gravidanza o potrebbe esserlo?			
23. Prende la pillola anticoncezionale?			
<b>IN CASO DI INTERVENTO POTREBBE:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
24. Essere accompagnato a casa in auto?			
25. Avere un domicilio che non disti più di un'ora di percorso dall'Ospedale?			
26. Avere un'agevole accesso a casa?			
27. Avere un familiare o altra persona che la possa seguire a casa per 24 ore?			
28. Avere un recapito telefonico a casa?			

Data

firma paziente

Parte riservata all'oculista ed al Medico di Medicina Generale

### Valutazione del tipo di accesso del paziente in Ospedale

Le modalità di accesso in ospedale sono diverse a seconda del tipo di intervento, del tipo di anestesia e delle condizioni generali del paziente. Si possono distinguere così due modalità diverse di accesso:

1. la prima che prevede l'accesso diretto del paziente il giorno stesso dell'intervento senza accertamenti generali preventivi.
2. la seconda che prevede anche un preventivo accesso per il Pre Ricovero Chirurgico

**1. La modalità con accesso diretto è per i pazienti con le seguenti caratteristiche:**

Paziente sufficientemente collaborante.  
Paziente in condizioni di salute buone o equilibrate.  
Paziente accompagnato/assistito.  
Intervento di durata prevista inferiore a 60'.  
Anestesia topica o sottocongiuntivale.

**2. La modalità con Pre Ricovero Chirurgico è per i pazienti con le seguenti caratteristiche:**

Paziente scarsamente collaborante.  
Pazienti con patologie gravi o non ben compensate.  
Pazienti che devono sospendere o sostituire la terapia anticoagulante.  
Anestesia generale o peribulbare o probabile sedazione.  
Intervento complesso e di durata prevista superiore a 60'.

L'oculista ritiene che il paziente si possa operare con la modalità **1** **2**

Timbro e firma dell'oculista

Ritiene il Medico di Medicina Generale del Paziente che questo giudizio sia congruo? **Si** **No**

Timbro e firma del MMG

In caso di mancata sottoscrizione si prega il MMG di fornire certificazione della situazione clinica attuale del paziente. In assenza della suddetta il paziente verrà sottoposto agli esami del prericovero chirurgico.