



SPAZIOSAFARI LIMITED

P.O. BOX 15186

ARUSHA - TANZANIA

TEL. +255 767 819029

TIN NUMBER: 134-239-921

BUSINESS LICENSE

QUESTIONARIO MEDICO

Nome _____ Cognome _____ nato/a il ___/___/_____

PESO _____ kg ALTEZZA _____ cm ETÀ _____ anni

Antecedenti medici

Avete sofferto o soffrite d'ipertensione arteriosa? d'angina di petto? NO SI

Avete fatto un infarto cardiaco? Se si quando? ___/___/_____ NO SI

Avete avuto delle turbe del ritmo cardiaco? Avete un pacemaker? NO SI

Avete avuto delle flebiti? NO SI

Avete sofferto o soffrite d'asma? di bronchite cronica? d'enfisema?
d'embolia polmonare? NO SI

Avete (avuto) un'ulcera dello stomaco/del duodeno? Avete (avuto) un'esofagite? NO SI

Avete (avuto) un'ernia iatale? NO SI

Avete (avuto) del reflusso (bruciori)? NO SI

Avete avuto un'epatite (ittero)? se si, quale? NO SI

Avete sofferto o soffrite: di diabete? NO SI

di tiroide? NO SI

di emicrania? NO SI

di epilessia? NO SI

della malattia di Parkinson? NO SI

Avete avuto un incidente vascolare cerebrale o un trauma cranico? ne avete
avuto conseguenze? Se si quali? _____

Avete sofferto o soffrite di altre malattie?
se si, quali? _____



SPAZIOSAFARI LIMITED

P.O. BOX 15186

ARUSHA - TANZANIA

TEL. +255 767 819029

TIN NUMBER: 134-239-921

BUSINESS LICENSE

Allergie

Avete manifestato un'allergia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Al latex?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
A un farmaco? Se si quale? _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
A un alimento? Se si quale? _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
A un cerotto? Se si quale? _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
A un prodotto utilizzato dal dentista?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
A un prodotto utilizzato durante un esame radiologico?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Agli acari /pollini/ miceti/ animali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ad altre cose? Se si quale? _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Come si manifesta l'allergia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Un eczema?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Un'orticaria?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Una congiuntivite?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Una rinite?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Delle difficoltà respiratorie?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Un'ipotensione importante?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Altra manifestazione: _____	

Antecedenti anestesiolgici

Avete già avuto un'anestesia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Se si - avete avuto delle complicazioni durante o dopo l'anestesia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Se si quale? _____	



SPAZIOSAFARI LIMITED

P.O. BOX 15186

ARUSHA - TANZANIA

TEL. +255 767 819029

TIN NUMBER: 134-239-921

BUSINESS LICENSE

Farmaci

Prendete dei farmaci attualmente?

NO SI

se si compilate lo schema qui di seguito

Nome del farmaco	Dosaggio	Mattino	Pomeriggio	Sera

Per le donne

prendete una pillola contraccettiva?

NO SI

siete incinta?

NO SI

DATA

___/___/_____

FIRMA

GRAZIE PER LA VOSTRA COLLABORAZIONE!