



Nome	Cognome	Data di nascita		
Ha allergie o non sopporta medicinali?			No	Si
Se si, quali?				
Prende regolarmente medicinali?			No	Si
Se si, quali?				
Ha allergie al fieno o punture d'insetti?			No	Si
Se si, quali?				
Ha già subito interventi chirurgici?			No	Si
Se si, quali?				
Assume medicinali per fluidificare il sangue?			No	Si
Se si, quali?				
Ha problemi cardiaci o disturbi del ritmo? Pace Maker?			No	Si
Se si, quando?				
Fuma o ha mai fumato?		Mai	In passato	Si
Se si, quante sigarette al giorno?				
Ha difficoltà con la coagulazione del sangue?			No	Si
Ha o ha avuto in passato i seguenti problemi?				
Pressione alta			No	Si
Se si, da quando?				
Quali sono i valori pressori recenti?				
Colesterolo?			No	Si
Se si, da quando?				
Diabete?			No	Si
Se si, da quando?				
Insulino-dipendente?		No	Si	Se si, da quando?
Ultimo valore HBA1c (emoglobina glicosilata)		Data		



---

Problemi allo stomaco o all'intestino?	No	Si
Se si, da quando?		
<hr/>		
Patologie reumatiche?	No	Si
Se si, quali e da quando?		
<hr/>		
Sindrome delle apnee notturne	No	Si
Se si, da quando?		
<hr/>		
Trattato?	No	Si
Se si, da quando?		
<hr/>		
Patologie polmonari? Asma?	No	Si
Se si, da quando?		
<hr/>		
Epatite o altre infezioni croniche (HIV, tubercolosi)?	No	Si
Se si, da quando?		
<hr/>		
Tumori o altre patologie gravi?	No	Si
Se si, da quando?		
<hr/>		
Da quanto porta gli occhiali?		
<hr/>		
è mai stato ferito o ha subito incidenti oculari?	No	Si
Se si, cosa è successo e quando?		
<hr/>		
Prende gocce per gli occhi?	No	Si
Se si, cosa e quando?		
<hr/>		
Da quando persiste l'attuale disturbo agli occhi?		
<hr/>		
Guida l'automobile?	No	Si
<hr/>		

Luogo, data

Firma

[Area vuota per la firma]