

	<b>QUESTIONARIO ANAMNESTICO</b>  <b>RISCHIO EMORRAGICO</b>	<b>AZ/R/PR/AR/01/13</b>
		<b>Rev. 0</b>
<b>AZIENDALE</b>		<b>Pag.1/1</b>

Nome e Cognome.....

Data di nascita: .....

etichetta

1 E' mai stato diagnosticato, a lei o a un suo familiare, un disordine della coagulazione?

SI' NO

2 Quando ha eseguito esami di laboratorio le è mai stata segnalata un'anomalia in quelli per la coagulazione?

SI' NO

3 Le è mai stata riscontrata un'anemia inspiegata?

SI' NO

4 Ha mai presentato un sanguinamento:

- In occasione di Interventi chirurgici precedenti (es. tonsillectomia)? SI' NO
- Dopo estrazioni dentarie? SI' NO
- Dopo traumi anche minori? SI' NO
- Durante e/o dopo Parto? SI' NO

5 Ha mai avuto problemi nella guarigione delle ferite? SI' NO

6 Ha mai avuto malattie del fegato o del rene, malattie del sangue, conteggio delle piastrine bassa o alto?

SI' NO

7 Ha mai sofferto di polimenorrea con utilizzo superiore a 7 dispositivi assorbenti al giorno o un sanguinamento mestruale, a partire dal menarca, superiore a 7 giorni?

SI' NO

In caso di **una o più risposte affermative** inviare il paziente per valutazione ed eventuali approfondimenti diagnostici presso l'ambulatorio di Medicina Trasfusionale (richiesta di consulenza )

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_