



ISTRUZIONI PER LA PRENOTAZIONE DI PRIMA VISITA EMATOLOGICA PRESSO AMBULATORIO INTEGRATO PER LA MASTOCITOSI

La prenotazione deve essere eseguita presso il CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONI (C.U.P) con Impegnativa per PRIMA VISITA EMATOLOGICA PRESSO AMBULATORIO INTEGRATO MASTOCITOSI con le seguenti modalità

- *Allo sportello* ore 8.00-16.00 dal Lunedì al Venerdì (PRESSO LA PALAZZINA ALL'INGRESSO DELL'OSPEDALE POLICLINICO)
- *Tramite Telefono* 045.8121212 ore 8.00-16.00 dal Lunedì al Venerdì
- *<http://www.ospedaleuniverona.it/Servizi/Prenotazione-online/ssn/>*

La visita e l'eventuale prelievo di midollo verranno eseguiti presso L'ambulatorio di Ematologia presso i Poliambulatori del Policlinico GB Rossi, piazzale LA Scuro 10, Verona, al piano terra, di fronte alla Radiologia. All'arrivo presentarsi con l'impegnativa presso l'accettazione n° 72

Al momento della visita è necessario portare i seguenti esami di laboratorio recenti (emocromo, triptasi, GPT, GGT, bilirubina, PT PTT) e tutta la documentazione sanitaria precedente. Alleghiamo un questionario riguardanti informazioni utili a meglio inquadrare la patologia che potrete compilare preventivamente e inviare via mail (roberta.zanotti@univr.it) o via FAX allo 045/8124819, oppure portarlo compilato al momento della visita.

In caso di necessità di prelievo di midollo non è necessario il digiuno, si consiglia di eseguire una colazione leggera. Si consiglia inoltre di venire accompagnati e di segnalare all'arrivo in Ambulatorio se non si è mai stati sottoposti ad anestesia locale nell'ultimo anno o se vi sono state reazioni da anestetici locali in precedenza.

Il Medico

drssa Roberta Zanotti

In caso di impossibilità a presentarsi alla visita prenotata è indispensabile disdire telefonicamente la visita al Numero VERDE 840000877 o al N° 045/8121212 (di norma entro 48 ore dalla visita) pena il pagamento del Ticket anche se esente.



QUESTIONARIO da inviare via Mail a roberta.zanotti@univr.it o via Fax allo 045/8124819 o da portare compilato al momento della visita Ematologica

COGNOME _____ NOME _____ sesso F M

DATA NASCITA ____/____/____ Luogo di NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROVINCIA _____

VIA/PIAZZA _____ n° _____

CF _____

eMAIL _____ @ _____ FAX...../.....

Tel _____ cell _____

MOTIVO PER CUI SI PRESENTA A QUESTO AMBULATORIO:

su consiglio del MEDICO dr/prof _____

altro _____

CHE LAVORO FA? _____

ABITUDINI

TABACCO SI NO

ALCOOL SI NO

Ha disturbi se lo assume SI NO quali _____

STORIA CLINICA

MALATTIE IMPORTANTI

INTERVENTI CHIRURGICI (quali e quando)

TRASFUSIONI DI SANGUE SI NO

SE DONNA

- DATA DEI PRIMI CICLI MESTRUALI_____
 - CARATTERISTICHE DEI CICLI_____
 - NUMERO DI GRAVIDANZE_____
 - PARTO PER VIA NATURALE O CESAREO?_____
 - CON ANESTESIA GENERALE O EPIDURALE (segnalare ev problemi)
-

- MENOPAUSA SI NO da quando?_____

PROBLEMI EMORRAGICI SI NO

QUALITA' DI VITA

- COME DEFINIREBBE LA SUA QUALITA' DI VITA buona discreta cattiva
- HA RICEVUTO UN TRATTAMENTO PER LA MASTOCITOSI PRIMA DI VENIRE A QUESTA VISITA? SI NO
- Quale? _____
- RITIENE CHE LA MASTOCITOSI INFLUENZI NEGATIVAMENTE LA SUA QUALITA' DI VITA SI NO

ANAMNESI FAMILIARE

QUALCUNO DELLA SUA FAMIGLIA PRESENTA MALATTIE DI RILIEVO O ALLERGIE?

SI NO

PADRE _____

MADRE _____

FRATELLI _____

FIGLI _____

DATA DELLA EVENTUALE DIAGNOSI DI MASTOCITOSI/...../.....

DATA DI EVENTUALE PRELIEVO MIDOLLARE/...../.....

SEGNI/SINTOMI CLINICI

MACCHIE CUTANEE SI NO

quando e dove sono comparse per la prima volta _____

dove si sono Estese in seguito _____

qual è il numero approssimativo delle lesioni _____

HA ESEGUITO BIOPSIA DELLE LESIONI? _____

PRURITO SI NO , di quale intensità _____

ha notato qualche fattore che le scatena il prurito _____

le compaiono bolle nella pelle SI NO

le hanno diagnosticato una malattia cutanea _____

PROBLEMI CARDIO VASCOLARI

ARROSSAMENTO BRUSCO DEL VISO E DEL TORACE SI NO

1. FREQUENZA DEGLI EPISODI _____

2. CON MALESSERE, PALPITAZIONI NERVOSISMO? SI NO

HA AVUTO EPISODI DI PERDITA DI COSCIENZA?

HA DOVUTO RECARSI IN PRONTO SOCCORSO? SI NO

LE HANNO SOMMINISTRATO ADRENALINA IN QUALCHE OCCASIONE?

SI NO

SINTOMI DIGESTIVI

- PESANTEZZA DI STOMACO, BRUCIORI SI NO

- NAUSEA SI NO

- VOMITO SI NO

- DOLORI A COLICA SI NO

- DIARREA SI NO

- ha notato alcuni fattori che scatenano questi sintomi _____

SINTOMI OSSEI E MUSCOLARI

- HA DOLORI ALLE OSSA? SI NO

o DOVE? _____

- HA AVUTO FRATTURE? SI NO

o IN CASO AFFERMATIVO SPECIFICARE QUALI E LA CAUSA

SINTOMI NEUROPSICHIATRICI

- MANCANZA DI ATTENZIONE E DIFFICOLTA' DI CONCENTRAZIONE NEGLI ULTIMI
MESI CON RICADUTE NEI RAPPORTI CON FAMILIARI O SUL LAVORO?

SI NO

- SI IRRITA CON FACILITA' SI NO

- HA DIFFICOLTA' A DORMIRE ULTIMAMAMENTE SI NO

- LE HANNO DIAGNOSTICATO UNA DEPRESSIONE SI NO

SINTOMI GENERALI

- MALESSERE E AFFATICAMENTO SI NO

- FEBBRE SENZA CAUSA (>38°C) SI NO

- SUDORAZIONI NOTTURNE O DIURNE SI NO

INTOLLERANZE

HA AVUTO ORTICARIA, PRURITO, VESCICOLE, DOLORI ADDOMINALI, DIARREA, NAUSEA, VOMITO, MALESSERE GENERALE, VERTIGINI DOPO ASSUNZIONE DI QUALCHE

ALIMENTO SI NO

- QUALE E CON CHE SINTOMI? _____

HA RICEVUTO UN'ANESTESIA GENERALE SI NO

QUANDO? _____ HA AVUTO PROBLEMI? _____

HA RICEVUTO UN' ANESTESIA LOCALE? SI NO

QUANDO? _____ HA AVUTO PROBLEMI? _____

HA ASSUNTO CODEINA O SCIROPPI PER CALMARE LA TOSSE?

QUANDO? _____ HA AVUTO PROBLEMI? _____

HA ASSUNTO ASPIRINA O ANTIINFIAMMATORI?

QUANDO? _____ HA AVUTO PROBLEMI? _____

E' STATO PUNTO DA INSETTI ?

VESPE SI NO

API SI NO

- HA AVUTO PROBLEMI DALLA PUNTURA? se si quando.....

o GONFIORE LOCALE SI NO

o GONFIORE DIFFUSO SI NO

o ORTICARIA PRURITO SI NO

o MALESSERE SI NO

o VERTIGINI SI NO

o PERDITA DI CONOSCENZA SI NO

o HA DOVUTO RECARSI IN PRONTO SOCCORSO? SI NO

o LE HANNO SOMMINISTRATO ADRENALINA? SI NO