



COMPILARE ED INVIARE IL QUESTIONARIO SUL LATTICE A endoscopia@sanrossorecura.it
**SOLO SE C'È ALMENO UN "SI"; SE SONO TUTTI "NO" CONSEGNARLO A MANO IL GIORNO
STESSO DELLA PRESTAZIONE.**

ESAME ESEGUITO AL MATTINO:

IL PAZIENTE DEVE PRESENTARSI DIGIUNO DA SOLIDI E LIQUIDI DALLE ORE 24:00 DEL GIORNO
PRECEDENTE.

ESAME ESEGUITO AL POMERIGGIO:

IL PAZIENTE PUÒ FARE COLAZIONE CON THÈ E DUE FETTE BISCOTTATE. POI DEVE RIMANERE
DIGIUNO FINO AL MOMENTO DELL'ESAME.

IL PAZIENTE DOVRÀ PRESENTARSI A DIGIUNO DA SOLI DI E LIQUIDI DA ALMENO 6 H.

IN CASO DI ASSUNZIONE DI FARMACI ANTICOAGULANTI E/O ANTIAGGREGANTI È NECESSARIO
CHE IL PAZIENTE CONTATTI IL PROPRIO MEDICO CURANTE IL QUALE VALUTERÀ LA POSSIBILITÀ
DI SOSPENDERE LA CURA O DI SOSTITUIRLA CON FARMACI DIVERSI.

PRESENTARSI ALL'ACCETTAZIONE DELLA CASA DI CURA CON UN DOCUMENTO E IL CODICE
FISCALE.

LA PARTICOLARITÀ DELL'ESAME NON GARANTISCE TALVOLTA IL RISPETTO DEI TEMPI PREVISTI
PER L'APPUNTAMENTO.

	MODULO DI REGISTRAZIONE QUESTIONARIO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI A RISCHIO DI REAZIONE AL LATTICE	Rev.00 del 19/09/2016 Pag. 1 di 1
---	--	---

Cognome	Nome	Recapiti telefonici
---------	------	---------------------

Le è stata diagnosticata l'allergia al lattice? se Si , alleggi la documentazione fornita dal servizio di allergologia e non prosegua nella compilazione del questionario; se No prosegua nella compilazione del questionario	Si ☐ No ☐
--	---

SINTOMATOLOGIA			
1. Ha mai avuto: gonfiore o prurito alle mani utilizzando guanti di lattice? gonfiore o prurito alle labbra gonfiando palloncini? reazioni allergiche a preservativi o al diaframma?	Si ☐	No ☐	
	Si ☐	No ☐	
	Si ☐	No ☐	
2. In occasione di prestazioni mediche (riportate a fianco) ha mai presentato uno dei seguenti sintomi: gonfiore o prurito locali a livello cutaneo o delle mucose, sintomi a livello delle vie respiratorie quali naso che gocciola, starnuti, tosse stizzosa, sibili respiratori, affanno, shock anafilattico?	visita odontoiatrica	Si ☐ No ☐	
	visita ginecologica	Si ☐ No ☐	
	endoscopie	Si ☐ No ☐	
	visita urologica	Si ☐ No ☐	
	esplorazione rettale	Si ☐ No ☐	
3. Se in passato è stato sottoposto ad intervento chirurgico, Le hanno riferito di reazione allergica e/o anafilassi durante l'intervento?	Si ☐ No ☐		

CATEGORIE A RISCHIO			
4. E' stato sottoposto a ripetuti e importanti interventi chirurgici da bambino (ad es. interventi per spina bifida o per altre malformazioni)?	Si ☐ No ☐		
5. Con banana, kiwi, castagna, ananas, avocado e fico, ha mai presentato uno dei seguenti sintomi: gonfiore delle labbra, del cavo orale, della cute; difficoltà respiratoria; dolore addominale, vomito, diarrea; sensazione di svenimento?	Si ☐ No ☐		
6. E' un lavoratore della sanità o dell'industria della gomma e il suo lavoro prevede l'esposizione prolungata e abituale a materiale in lattice?	Si ☐ No ☐		

Gent.le signore/signora, una volta compilato, il presente modulo dovrà essere consegnato al medico al momento della visita. Questo modulo entrerà a far parte della cartella clinica.

NOTE PER IL MEDICO
Se la persona ha risposto Si alla sola domanda n.6, richiedere dosaggio IgE specifiche per estratto di lattice e se positivo richiedere la consulenza allergologica, se negativo procedere col percorso convenzionale.
Un Si ad una (o più) delle altre domande deve fare richiedere la consulenza allergologica.

Data _____ Firma leggibile del paziente _____