

## ***Questionario Preliminare Lavaggio Auricolare***

Dati del Cliente:

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Data: Noale \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Domande di Controllo (Anamnesi):

- |   |           |
|---|-----------|
| 1. Avverte dolore forte o pulsante all'orecchio?                                | [SI] [NO] |
| 2. Ha mai avuto una perforazione del timpano?                                   | [SI] [NO] |
| 3. Ha subito interventi chirurgici alle orecchie (es. ricostruzioni, drenaggi)? | [SI] [NO] |
| 4. Ha attualmente secrezioni (pus o sangue) dall'orecchio?                      | [SI] [NO] |
| 5. Soffre di vertigini o giramenti di testa frequenti?                          | [SI] [NO] |
| 6. Ha febbre o sintomi di otite acuta in corso?                                 | [SI] [NO] |

*Nota Informativa:* In presenza di una o più risposte affermative (SI), la procedura di lavaggio non potrà essere eseguita in farmacia e si consiglia un consulto specialistico otorinolaringoiatrico. Consenso: Il sottoscritto dichiara di aver fornito informazioni veritiere e acconsente al trattamento.

Firma: \_\_\_\_\_

*Stampare, compilare e consegnare all'infermiera in occasione dell'appuntamento*