

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] |
| 7. Ha il sospetto che ci possano essere corpi estranei nell'orecchio ? | [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