

# QUESTIONÁRIO PRÉ-ANESTÉSICO



Nome: _____			
Data do nascimento: _____/_____/_____	Sexo: _____	Peso: _____ Kg	Altura: _____ cm
Cirurgia(s) ou procedimento(s) previsto:			Lado: <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo

Possui ALERGIA a medicamentos, alguma substância ou produto?  Sim  Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

Faz uso diário ou regular de alguma medicação?  Sim  Não

Caso responda sim, à resposta acima, descreva abaixo todas as medicações em uso.

Medicamento	Dose	Horário

**PROBLEMAS CARDIOVASCULARES.**

Tem ou teve algum problema no coração?  Sim  Não

Faz tratamento para arritmia?  Sim  Não

Possui marca-passo cardíaco?  Sim  Não

Faz tratamento para pressão alta?  Sim  Não

Tem problemas vasculares?  Sim  Não

Teve trombose nas pernas ou coágulos nos pulmões?  Sim  Não

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS**

É fumante?  Sim  Não

Tem asma?  Sim  Não

Enfisema / bronquite?  Sim  Não

Falta de ar em repouso?  Sim  Não

Infecção respiratória no momento?  Sim  Não

Apneia do sono?  Sim  Não

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PROBLEMAS NEUROLÓGICOS**

Já teve derrame (AVC)?  Sim  Não

Convulsões?  Sim  Não

Problemas importantes na coluna?  Sim  Não

Limitação a atividade física?  Sim  Não

Esquecimento ou perda de memória?  Sim  Não

Esclerose múltipla / distrofia muscular?  Sim  Não

Doença neuromuscular?  Sim  Não

Lesão na medula espinhal?  Sim  Não

Lesão de nervo periférico?  Sim  Não

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PROBLEMAS METABÓLICOS**

Tem diabetes?  Sim  Não

Usa insulina?  Sim  Não

Comprimidos para diabetes?  Sim  Não

Injetáveis não insulínicos?  Sim  Não

Bomba de insulina?  Sim  Não

Problemas na tireóide?  Sim  Não

Faz reposição hormonal?  Sim  Não

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PASSADO CIRÚRGICO

Já foi submetido a cirurgias?  Sim  Não Qual(is)? \_\_\_\_\_

PROBLEMAS NOS RINS , BEXIGA OU PRÓSTATA

Tem retenção urinária?  Sim  Não
Cálculos urinários?  Sim  Não
Insuficiência renal?  Sim  Não
Faz diálise?  Sim  Não
Outros: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS GASTRO-INTESTINAIS

Refluxo gastro-esofágico?  Sim  Não
Doença do fígado?  Sim  Não
Úlcera , gastrite?  Sim  Não
Diarréia?  Sim  Não
Outros: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS HEMATOLOGICOS ( SANGUE)

Problemas na coagulação?  Sim  Não
Uso de anticoagulantes?  Sim  Não
Anemia falciforme?  Sim  Não
Já tomou transfusão sanguínea?  Sim  Não
Objeção religiosa a transfusão?  Sim  Não
Outros: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS AUDITIVOS E DE VISÃO

Perda auditiva / uso de aparelho?  Sim  Não
Labirintite / tontura?  Sim  Não
Descolamento de retina?  Sim  Não
Glaucoma?  Sim  Não
Perda da visão?  Sim  Não
Usa lentes de contato?  Sim  Não
Outros: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS ONCOLÓGICOS (CÂNCER)

Tem ou já teve câncer?  Sim  Não
Faz ou já fez quimioterapia?  Sim  Não
Faz ou já fez radioterapia?  Sim  Não
Qual o tipo de câncer? \_\_\_\_\_
Outros: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

Ansiedade ou/e depressão?  Sim  Não
Uso regular de bebida alcoólica?  Sim  Não
Uso de drogas nos últimos 30 dias?  Sim  Não
Outros: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS ODONTOLÓGICO

Dente mole ou instável?  Sim  Não
Prótese dentária?  Sim  Não
Restauração instável ou recente?  Sim  Não
Lente de contato dental?  Sim  Não
Limitação na abertura da boca?  Sim  Não
Outros: \_\_\_\_\_

PASSADO DE PROBLEMAS COM ANESTESIA ?

Intubação difícil?  Sim  Não
Reação adversa a anestesia?  Sim  Não
Náuseas e vômitos pós-operatórios?  Sim  Não
Hipertermia maligna na família?  Sim  Não
Restrição a anestesia sobre a coluna?  Sim  Não
Outros: \_\_\_\_\_

DIVERSOS

Está ou pode estar grávida?  Sim  Não
Uso de corticóides no último ano?  Sim  Não
Limitação da mobilidade do pescoço?  Sim  Não
Outros: \_\_\_\_\_

Confirmo que os dados fornecidos acima são verídicos.

Paciente  Responsável

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_