

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: _____