

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Procedimento proposto: _____

Médico: _____

1) Faz uso habitual de algum medicamento? () sim () não

Liste os medicamentos em uso: _____

2) Tem ou teve recentemente tosse ou catarro? () sim () não _____

3) Tem ou teve alguma doença cardíaca? () sim () não _____

4) Tem marcapasso cardíaco? () sim () não _____

5) Tem ou teve algum problema de pressão? () sim () não _____

6) Tem ou teve algum problema de pulmão? () sim () não _____
Asma, bronquite, tuberculose, etc.

7) Tem problema de sangramento? () sim () não _____

8) Tem diabetes? () sim () não _____

9) Tem dor ou lesão na coluna? () sim () não _____

10) Tem ou teve problema de fígado? () sim () não _____
Cirrose, hepatite, icterícia

11) Tem ou teve problema de rim? () sim () não _____
Pedra, infecção, diálise

12) Tem ou teve algum problema de sangue? () sim () não _____
Anemia, leucemia

13) Tem ou teve problema da tireóide? () sim () não _____

14) Tem ou teve problema de estômago? () sim () não _____
Hérnia de hiato, úlcera, queimação

15) Tem dificuldade para abrir a boca? () sim () não _____

16) Tem ou teve problema dentário? () sim () não _____

17) Tem ou teve problemas neurológicos? () sim () não _____

18) Tem metal no corpo? () sim () não _____

19) Fez implante de neuroestimulador? () sim () não _____

- 20) Faz uso de prótese? () sim () não _____
 Dentadura, lente de contato, aparelho de surdez
- 21) Tem algum implante ortopédico? () sim () não _____
 Se afirmativo, onde?
- 22) É portador de catéter? Onde? () sim () não _____
- 23) Fez ou faz tratamento de quimioterapia? () sim () não _____
- 24) Fez ou faz tratamento de radioterapia? () sim () não _____
- 25) Esteve hospitalizado anteriormente? () sim () não _____
 Se afirmativo, quando?
- 26) Fez cirurgia anteriormente? () sim () não _____
 Se afirmativo, informe a cirurgia e a data (mês e ano) _____
- 27) Foi submetido a anestesia anteriormente? () sim () não _____
 Se afirmativo, informe o tipo e a data (mês e ano) _____
- 28) Já fez algum tratamento para problema nervoso () sim () não _____
 ou emocional? _____
- 29) Teve algum problema com anestesia? () sim () não _____
- 30) Faz algum tratamento no momento? () sim () não _____
- 31) Algum parente já teve problema com anestesia? () sim () não _____
- 32) É alérgico? () sim () não () desconhece. _____
 Drogas: penicilina, AAS, contraste, iodo, sulfá, outro
 Alimentos: chocolate, crustáceos, produtos lácteos, frutas _____
 Outros: esparadrapo, cosméticos, látex, outros
 Se afirmativo, descreva o tipo de reação. _____
- 33) Atualmente está grávida? () sim () não _____
 Data da última menstruação
- 34) Já recebeu transfusão de sangue? () sim () não _____
 Se afirmativo, já apresentou alguma reação? _____

35) Tem ou teve algum hábito social? () sim () não afirmativo:

-

TABAGISMO:

() Cigarros () Cachimbo () Charuto

Quantidade: _____ Há quanto tempo? _____

Parou há quanto tempo? _____

-

ETILISMO:

() Fermentado () Destilado

() uso esporádico - em festas ou comemorações () uso diário

Quantidade: _____ copo/lata/garrafa Há quanto tempo? _____

Parou há quanto tempo? _____

-

USO DE DROGAS

() Maconha () Cocaína () Crack () Inalantes () Outros: _____

Quantidade: _____ Há quanto tempo? _____

Parou há quanto tempo? _____

36) Recebeu orientação para fazer algum preparo? () Sim () Não Qual?

() Jejum Quantas horas? _____

() Outros _____

Declaro que as informações acima são verdadeiras.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura: _____

RG: _____