QUESTIONÁRIO PRÉ ANESTESICO

Nome completo:_____ PNE: ( ) portador de necessidades especiais
Responsável (se menor ou incapaz):_____
Idade:____anos Peso:____kg Altura:____cm Procedimento:_____

-Paciente já teve diagnostico de Covid – 19? ( ) sim ( ) não
Se sim há quanto tempo?

-Possui algum problema cardíaco? ( ) sim ( ) não
Se sim, qual? ( ) Infarto ( ) Arritmia ( ) Insuficiência cardíaca ( )Marca passo
( ) Outros. Especifique:_____

-Já fez alguma cirurgia cardíaca ou cateterismo cardíaco? ( ) sim ( ) não
Se sim, quando? ___/___/___

-Possui pressão alta? ( ) sim ( ) não

-Consegue fazer atividades do dia a dia (exemplo: lavar roupas, lavar louça, tomar banho, caminhar algumas quadras) sem cansaço ou falta de ar? ( ) sim ( ) não

-Possui algum problema respiratório ou pulmonar? ( ) sim ( ) não
Se sim, qual? ( ) Bronquite ( ) Enfisema ( ) Tuberculose ( ) Outros:_____

-Ronca ou tem apnéia do sono? ( ) sim ( ) não Se sim, faz uso de CPAP?_____

-Possui algum problema no fígado? ( ) sim ( ) não
Se sim, qual? ( ) Cirrose ( ) Esteatose ( ) Hepatite ( )Outros:_____

-Possui algum problema renal? ( ) sim ( ) não
Se sim, qual? ( ) Cálculo renal ( ) Insuficiência renal ( ) Diálise
( )Outros. Especifique:_____

-Possui algum problema digestivo? ( ) sim ( ) não
Se sim, qual? ( ) Doença do refluxo ( ) Gastrite ( ) Úlcera ( ) Doenças inflamatórias intestinais
( ) Outros. Especifique:_____

-Possui diabétes? ( ) sim ( ) não ---------- Se sim ( ) Tipo 1 ( ) Tipo 2
Toma Insulina? ( ) sim ( ) não ---------- Se sim, qual?_____
Em que horário costuma tomar? _____:_____

-Possui algum problema de tireóide? ( ) sim ( ) não
Se sim, qual? ( ) Hipotireoidismo ( ) Hipertireoidismo ( ) Bócio
( )Outros. Especifique:_____

-Possui algum problema neurológico? ( ) sim ( ) não
Se sim, qual? ( ) Epilepsia ( ) Convulsões ( ) Alzheimer ( )Parkinson
( )Outros. Especifique:_____
-Já teve AVC (derrame cerebral)? ( ) sim ( ) não
Se sim, quando? _____/_____/_____ ------- Possui alguma sequela?_____

-Possui algum problema hematológico (no sangue)? ( ) sim ( ) não
Se sim, qual? ( ) Anemia ( ) Coagulopatia ( ) Sangramentos em investigação
( )Outros. Especifique:_____
-Já teve algum câncer? ( ) sim ( ) não ----- Se sim, qual?_____
Como foi o tratamento?_____
_____
_____

-Possui algum problema vascular? ( ) sim ( ) não
Se sim, qual? ( ) Trombose ( ) Úlceras de perna ( ) Aneurismas ( ) Doença arterial periférica
( )Outros. Especifique:_____
_____

-Usa prótese nos dentes ou aparelho ortodôntico móvel? ( ) sim ( ) não
_____

-Se mulher, está grávida ou existe a possibilidade de estar? ( ) sim ( ) não
_____

-Fuma ou já fumou? ( ) sim ( ) não ----- Se sim atualmente, fuma há quantos anos?_____
Se não, parou há quanto tempo? _____ {Quantos cigarros por dia?_____
_____

-Consome bebida alcoólica com frequencia? ( ) sim ( ) não
Se sim, quanto em média?_____ Quantas vezes na semana?_____
_____

-Usa ou já usou algum tipo de droga? ( ) sim ( ) não
Se sim, qual(ais)?_____
Com que frequência?_____
_____

-Possui alguma alergia a medicação? ( ) sim ( ) não
Se sim, qual(ais)?_____
_____

-Usa alguma medicação de uso contínuo no dia a dia (remédios, ervas, chás terapias alternativas)?
( ) sim ( ) não ----- Se sim, qual(ais)?_____
_____

-Já fez alguma cirurgia? ( ) sim ( ) não ----- Se sim, qual(ais)?_____
_____
Quando? _____/_____/_____ Se possível, fornecer alguma data aproximada ou ano.
Teve algum problema com a anestesia? ( ) sim ( ) não
Se sim, qual(ais)?_____
_____
-SE CRIANÇA:
Está com algum sintoma respiratório ou apresentou febre nos últimos dias? ( ) sim ( ) não
Está com a vacinação em dia? ( ) sim ( ) não
****Informar ao anestesista qualquer mudança no quadro da criança no dia do procedimento.****

-Alguma observação extra?_____
_____
_____

Afirmo ser verdade todas as informações acima prestadas, bem como me responsabilizo pelas mesmas fornecidas.

Paciente:_____ Acompanhante ou responável:_____

Médico anestesista:_____ Data:_____/_____/_____