

	PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA	
	Nome _____	
	Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____	
	Convênio _____	
	Registro _____ Leito _____	

QUESTIONÁRIO	
Peso _____ Kg _____	Alta _____ m

	Sim	Não	Comentários
1. É alérgico a algum medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Faz uso de algum medicamento diário? Liste os medicamentos e dose em uso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Faz uso de tranquilizantes / calmantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Tem / teve recentemente tosse com catarro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Tem / teve alguma doença cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Tem marcapasso cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Tem / teve algum problema de pressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Tem / teve algum problema de pulmão? Asma, bronquite, tuberculose etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Tem problema de sangramento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Tem diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. É portador de doença infecto-contagiosa? Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Tem dor ou lesão na coluna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Tem / teve problemas de:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fígado – cirrose, hepatite, icterícia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rim – pedra, infecção, diálise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sangue – anemia, leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tireoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estômago – hérnia de hiato, úlcera, queimação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dificuldade para abrir a boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Tem / teve algum problema dentário?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Faz uso de cocaína, maconha ou outra droga? Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Tem / teve algum problema neurológico? Convulsão, desmaio, epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Cite as cirurgias e a que tipo de anestesia que já foi submetido(a) anteriormente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Você ou algum familiar já teve problema com anestesia? Descreva:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. É fumante? Quantos cigarros / maços por dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. Usa dentadura ou prótese dentária? Lentes de contato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21. Mulher: caso sua cirurgia não esteja relacionada com o parto, ou curetagem, existe a possibilidade de estar grávida? Qual idade gestacional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
22. Tem prótese capilar, cílios ou unhas sintéticas (não naturais)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Questionário respondido por:	Número do R.G:	Grau de Parentesco:
------------------------------	----------------	---------------------

Declaro que as informações acima são verdadeiras:

Data ____/____/____ Hora ____:____ Assinatura _____

IMPORTANTE – Sei que devo estar em jejum de 4 horas para líquidos (chá ou água), 4 horas para leite materno e 8 horas para sólidos (incluindo sucos, iogurtes e vitaminas)

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Procedimento _____

Cirurgião _____ Eletiva Urgência Emergência

Jejum: Sólidos desde às _____:_____ h Líquidos desde às _____:_____ h

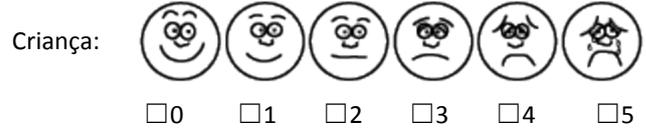
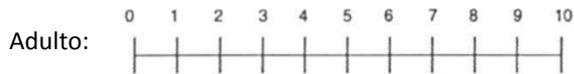
Prescrição de abreviação de jejum Sim Não

Reserva de Sangue Sim Não Reserva de UTI Sim Não

Medicação Pré-Anestésica Sim Não Qual? _____

Dose _____ Via EV IM VO

Escala de Dor:



Exame Físico:

P.A _____ x _____ mmHg
FR _____ mpm
FC _____ bpm
T _____ °C

Risco de brocoaspiração Não Sim

Qual? _____

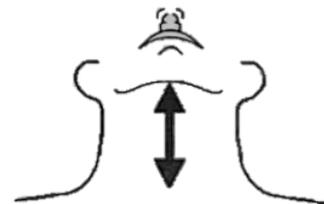
Avaliação de Via Aérea:

ÍNDICE DE MALLAMPATI



3 e 4 = Sugestivo de Intubação Difícil

DISTÂNCIA MENTO-ESTERNO



>12,5 cm = Normal
<12,5 cm = Reduzida

Estado de dentição: Bom Regular Comprometido

Exames Laboratoriais e/ou Imagem: Não se aplica

Analgesia pós-operatória proposta:	<input type="checkbox"/> Endovenosa	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Bloqueio do neuroeixo	<input type="checkbox"/> Bloqueio analgésicos periféricos
Classificação ASA:	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
Planejamento Anestésico:	A) Técnica Proposta _____			
	B) Técnica Alternativa _____			
Nome do Médico Anestesiologista:			CRM:	
Data ____/____/____ Hora ____:____ Carimbo _____				