

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Convênio \_\_\_\_\_

Registro \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO**

Peso \_\_\_\_\_ Kg      Altura \_\_\_\_\_ 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: Fígado - cirrose, hepatite, icterícia Rim - pedra, infecção, diálise Sangue - anemia, leucemia Tireóide Estômago - hérnia de hiato, úlcera, queimação Dificuldade para abrir a boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
14. Tem / teve algum problema dentário? Tratamento de canal, fraturas, gengivas, outros	<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 problemas neurológicos? 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 a 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 RG. \_\_\_\_\_ 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

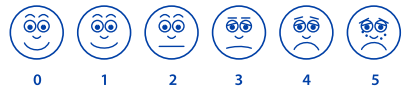
Reserva de Sangue  Sim  Não Reserva de UTI  Sim  Não

Medicação Pré-Anestésica  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_ Via:  EV  IM  VO

### Escala de dor

Adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Criança  0 1 2 3 4 5

### Exame Físico

Neurológico:  Lúcido e orientado  Rebaixamento do nível de consciência  Intubado P.A. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg

Aparelho cardiovascular: \_\_\_\_\_  Sem alterações FR \_\_\_\_\_ mpm

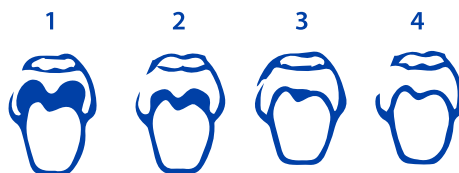
Aparelho respiratório: \_\_\_\_\_  Sem alterações FC \_\_\_\_\_ bpm

Abdômen: \_\_\_\_\_  Sem alterações T \_\_\_\_\_ °C

Risco de broncoaspiração  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

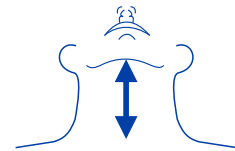
### Avaliação de Via Aérea

#### 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

Analgésia pós-operatória proposta:  Endovenosa  Oral  Bloqueio do neuroeixo  Bloqueio analgésicos periféricos  
 Analgesia controlada pelo paciente  Não se aplica

Classificação ASA  I  II  III  IV  V  Emergência

### Planejamento Anestésico

a) Técnica Proposta \_\_\_\_\_

b) Técnica Alternativa \_\_\_\_\_

Nome do Médico Anestesiologista \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Carimbo \_\_\_\_\_