

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"/>	_____ _____

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) e 8 horas para sólidos (incluindo sucos, iogurtes e vitaminas).**

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome \_\_\_\_\_

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

Convênio \_\_\_\_\_

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

**RELATÓRIO DO ANESTESISTA**

Procedimento \_\_\_\_\_

Cirurgião \_\_\_\_\_  Eletiva  Emergência

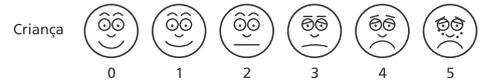
Jejum: Sólidos \_\_\_\_\_ h Líquidos \_\_\_\_\_ h

Reserva de Sangue  Sim  Não Reserva de UTI  Sim  Não

MPA  Sim  Não Qual? \_\_\_\_\_

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

**Escala de dor**



**Exame Físico**

P.A. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg

FR \_\_\_\_\_ mpm

FC \_\_\_\_\_ bpm

T \_\_\_\_\_ °C

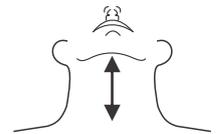
**Avaliação de Via Aérea**

**ÍNDICE DE MALLAMPATI**



**3 e 4 = sugestivo de intubação difícil**

**DISTÂNCIA MENTO-ESTERNO**



**> 12,5 cm = normal**  
**< 12,5 cm = reduzida**



**Exames Laboratoriais e/ou Imagem**

**Classificação ASA:**  I  II  III  IV  V

**Planejamento Anestésico**

a) Técnica proposta \_\_\_\_\_

b) Técnica Alternativa \_\_\_\_\_

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

CRM \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Carimbo \_\_\_\_\_