

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____
 Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____
 Convênio _____
 Registro _____ Leito _____

Fez ou faz uso de medicamentos para a redução de peso ou controle de diabetes descritos abaixo?

Semaglutida - Ozempic®	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dulaglutida - Trulicity®	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Liraglutida - Saxenda, Victoza®	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Liraglutida / Degludeca - Xutophy®	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dapagliflozina - Forxiga®	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Empagliflozina - Jardiance®	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Depagliflozina / Metformina - Xiduo®	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Tem ou teve nos últimos 15 dias sintomas gripais?

Tosse	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Febre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dor no corpo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Coriza	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Perda de olfato (cheiro)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Perda de paladar (não sente o gosto da comida/bebida)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Nas últimas duas semanas, você ou seu acompanhante tem ou teve contato com alguém com COVID-19?

Sim Não

Assinatura do Paciente / Responsável	Data ____/____/____	Hora ____:____
--------------------------------------	------------------------	-------------------

USO ADMINISTRATIVO

Caso o paciente faça ou tenha feito uso de qualquer um dos medicamentos acima, deverá ser comunicado ao anestesista de plantão.

Nome do Anestesista que recebeu a informação	Data ____/____/____	Hora ____:____
--	------------------------	-------------------

Nome do Colaborador da Recepção	Data ____/____/____	Hora ____:____
---------------------------------	------------------------	-------------------

Nome do Colaborador da Enfermagem	Data ____/____/____	Hora ____:____
-----------------------------------	------------------------	-------------------