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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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-ANESTESICA** |
| Procedimento  |
| Cirurgião  | * Eletiva
 | * Urgência
 | * Emergência
 |
| Jejum: Sólidos desde às : h Líquidos desde às : h |
| Prescrição de abreviação de jejum |  Sim | Não |  |
| Risco de perda sanguínea > 500ml | 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: |  | Criança: | Diagrama, Texto  Descrição gerada automaticamente |
|  |  |  | ☐0 |  ☐0 |  ☐1 | ☐2 |  ☐3 |  ☐4 | ☐5 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Exame Físico:** |  |  |
| Neurológico: |  |  P.A\_\_\_\_\_\_\_x \_\_\_\_\_\_\_mmHg |
| Aparelho cardiovascular: |  |  FR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ mpm |
| Aparelho respiratório: |  |  FC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_bpm |
| Abdomem: |  |  T \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ °C |
| Risco de brocoaspiração | * Não
 | * Sim SaT.O²\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Qual?  |

|  |
| --- |
| **Avaliação de Via Aérea:** |
|  |  | **ÍNDICE DE MALLAMPATI** | **DISTÂNCIA MENTO-ESTERNO** |
|  |  |  |
|  | **3 e 4 = Sugestivo de Intubação Difícil** | **>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:** Endovenosa Oral Bloqueio Do Neuroeixo Bloqueio Analgésicos Periféricos Analgesia controlada pelo paciente Não se aplica |
| **Classificação ASA:** |  I II III IV V VI Emergência |
| **Planejamento Anestésico:** A ) Técnica Proposta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_B ) Técnica Alternativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome do Médico Anestesiologista: | CRM: |
| Data / / Hora : Carimbo  |