

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 Tireoide Estômago – hérnia de hiato, úlcera, queimação 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: _____

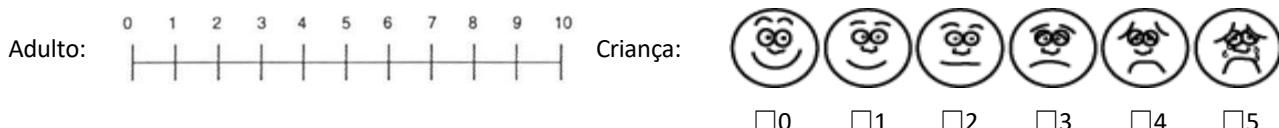
Declaro que as informações acima são verdadeiras:

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-ANESTESICA					
Procedimento _____					
Cirurgião _____			<input type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> Emergência
Jejum: Sólidos desde às _____ : _____ h		Líquidos desde às _____ : _____ h			
Prescrição de abreviação de jejum		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Risco de perda sanguínea > 500ml		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Reserva de Sangue		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Reserva de UTI	Sim Não
Medicação Pré-Anestésica		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual? _____	
Dose _____		Via		<input type="checkbox"/> EV	<input type="checkbox"/> IM
				<input type="checkbox"/> VO	

Escala de Dor:



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? _____

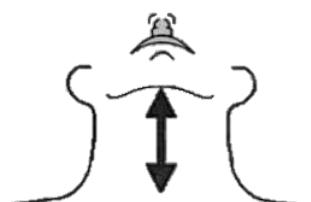
Avaliação de Via Aérea:

ÍNDICE DE MALLAMPATI



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			
		<input type="checkbox"/> Analgesia controlada pelo paciente	<input type="checkbox"/> Não se aplica					
Classificação ASA:		<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> VI	<input type="checkbox"/> Emergência
Planejamento Anestésico:								
A) Técnica Proposta _____								
B) Técnica Alternativa _____								
Nome do Médico Anestesiologista: _____						CRM: _____		
Data _____ / _____ / _____ Hora _____ : _____ Carimbo _____								