

<b>PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA</b>	
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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fígado – cirrose, hepatite, icterícia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rim – pedra, infecção, diálise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sangue – anemia, leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tireoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estômago – hérnia de hiato, úlcera, queimação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
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. <b>Mulher:</b> 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:
------------------------------	----------------	---------------------

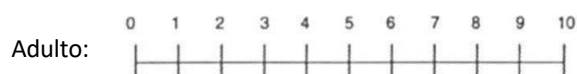
**Declaro que as informações acima são verdadeiras:**

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

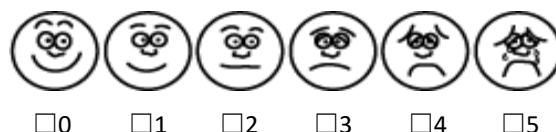
**IMPORTANTE – Sei que devo estar em jejum de 4 horas para líquidos (chá ou água), 4 horas para leite materno e 8 horas para sólidos (incluindo sucos, iogurtes e vitaminas)**

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA										
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						
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:**



Criança:



**Exame Físico:**

Neurológico:

Aparelho cardiovascular:

Aparelho respiratório:

Abdomem:

Risco de broncoaspiração ☐ Não ☐ Sim

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

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

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

T \_\_\_\_\_ °C

SaT.O<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_

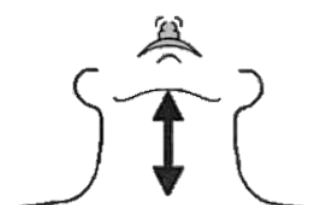
**Avaliação de Via Aérea:**

**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

<b>Analgesia Pós-Operatória Proposta:</b> <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	
<b>Classificação ASA:</b> <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	
<b>Planejamento Anestésico:</b> A ) Técnica Proposta _____ B ) Técnica Alternativa _____	
Nome do Médico Anestesiologista: _____ CRM: _____	
Data ____/____/____ Hora ____:____ Carimbo _____	