

	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, queimadura 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"/>	_____
22. Tem prótese capilar, cílios ou unhas sintéticas (não naturais)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Questionário respondido por _____	Número do RG. _____	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 _____ Eletiva Urgência Emergência

Jejum: Sólidos desde às _____ : _____ h Líquidos desde às _____ : _____ h

Prescrição de abreviação de jejum 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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Exame Físico

P.A. _____ x _____ mmHg

FR _____ mpm

FC _____ bpm

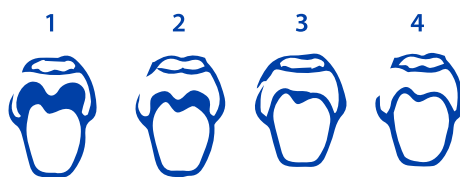
T _____ °C

Risco de broncoaspiração Não Sim

Qual? _____

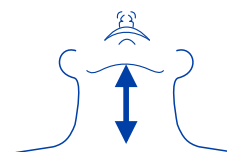
Avaliação de Via Aérea

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

Analgia 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 Emergência

Planejamento Anestésico

a) Técnica Proposta _____

b) Técnica Alternativa _____

Nome do Médico Anestesiologista _____

CRM _____

Data _____ / _____ / _____ Hora _____ : _____

Carimbo _____