

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Antes da visita do seu médico anesthesiologista, responda as perguntas a seguir para melhor programação de sua anestesia.

1. Você sabe que precisa fazer um jejum obrigatório de 8h, não podendo ingerir nem mesmo água?

Sim Não

OBS: Em condições clínicas especiais, o jejum poderá ser de um tempo menor, desde que isto seja previamente definido com seu médico anesthesiologista.

2. Você já foi submetido a alguma cirurgia?

Sim Não Quais? _____

3. Você teve algum tipo de complicação em cirurgias e/ou anestésias?

Sim Não Quais? _____

4. Você tem ou teve pressão alta (hipertensão arterial)?

Sim Não

5. Você tem diabetes?

Sim Não

6. Você tem algum problema cardíaco ou respiratório?

Sim Não Quais? _____

7. Você faz tratamento ou acompanhamento de algum outro problema de saúde?

Sim Não Quais? _____

8. Você tem alergia a algum medicamento, substância, alimento, balões de aniversário ou luvas de látex?

Sim Não Quais? _____

9. Você está fazendo uso de algum medicamento neste momento?

Sim Não

Cite as substâncias ou medicações que você fez uso nos últimos dez dias.

10. Você fez os exames pré-operatórios e o risco cirúrgico?

Sim Não

Obs: Não se esqueça de levá-los.

11. Você possui peças dentárias móveis?

Sim Não Quais? _____

12. Você tem alguma dúvida em relação ao procedimento cirúrgico ou à anestesia?

Sim Não Quais? _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

Assinatura do paciente (ou de seu responsável)