



CENTRO PAULISTA DE CIRURGIA

Questionário de Avaliação Pré Anestésica

Este questionário tem **caráter sigiloso** e é de uso exclusivo do anestesista. Através dele, podemos obter informações sobre as condições clínicas do paciente, orientando na escolha da técnica anestésica mais segura e adequada para cada caso.

OBS.: Exija do seu médico o correto preenchimento do relatório de sua cirurgia e da sua ficha clínica. (Prontuário e Prescrição Médica é seu direito e visa a sua segurança.)

IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....

Sexo: () F () M Peso:.....Kg Altura:.....m Data de Nascimento:/...../.....

Cirurgia proposta:

1. Você foi submetido(a) a alguma **anestesia**?

Não ()

Sim () Local () Geral () Peridural () Raqui () Outras ()

- Houve alguma **intercorrência** durante ou após anestesia?

Não ()

Sim () Qual?

- Alguém na **família** já teve alguma complicação durante ou após a anestesia? (Exemplo: febre)

Não ()

Sim () Descreva:

2. Você é portador(a) de alguma **doença cardíaca**? (Exemplo: febre reumática; sopro; arritmia; angina; infarto)

Não ()

Sim () Qual?.....

Necessitou tratamento e/ou internação?

Tem inchaço nas pernas?

Tem falta de ar aos esforços?

Tem falta de ar quando está deitado?

3. Sua **pressão arterial** é normal?

Sim ()

Não () Qual foi a última medida?x.....

Há quanto tempo?.....

Quando foi a última consulta com o clínico ou cardiologista?

4. Já sofreu alguma **doença pulmonar**? (Exemplo: bronquite, enfisema)

Não ()

Sim () Descreva:

É ou foi fumante? Não () Sim () Há quantos anos?

Parou de fumar há quanto tempo?

Tem tosse (apresenta catarro)?

5. Já teve **problema nos rins**?

Não ()

Sim () Descreva:

6. Já teve algum **problema genital (aparelho reprodutor)**?

Não ()

Sim () Descreva:

7. Quantas vezes você já esteve grávida?.....

Quantos partos já teve (normal ou cesariana)?

Você está grávida atualmente? Não () Sim ()

8. Você é portador(a) de alguma **doença no sangue**? (Exemplo: doença de chagas; hepatite; anemia; talassemia; malária; icterícia)

Não ()

Sim () Descreva:

Já recebeu alguma transfusão de sangue: Não () Sim ()

9. Você tem alguma **doença endócrina**? (Exemplo: diabetes; tireóide)

Não ()

Sim () Descreva:

10. Tem ou já teve algum **problema neurológico ou psiquiátrico**?

Não ()

Sim () Descreva:

Foi necessária internação? **Não** () **Sim** ()

Ficaram sequelas? **Não** () **Sim** ()

Já teve crises convulsivas? **Não** () **Sim** () Quando foi a última?.....

11. Tem algum **grau de deficiência visual, auditiva**?

Não ()

Sim () Descreva:

12. Já teve algum problema no aparelho locomotor? (Exemplo: fraqueza muscular, doença na coluna, artrite, deficiência ortopédica, osteoporose)

Não ()

Sim () Descreva:

13. Você já foi atendido(a) em **Pronto Socorro e/ou internado(a) em UTI**?

Não ()

Sim () Quantas vezes?

Descreva as causas:

14. É portador(a) de alguma **doença crônica ou hereditária**?

Não ()

Sim () Descreva:

15. Faz ou fez uso de alguma **medicação ou drogas** nos últimos 3 meses? (Inclusive sedativos ou remédios para regime)

Não ()

Sim () Descreva:

Você consome **bebidas alcoólicas**?

Não ()

Sim () Com qual frequência e quantidade?

16. É **alérgico(a)** a algum tipo de remédio, produto químico, borracha ou alimento?

Não ()

Sim () Descreva o agente e o tipo de manifestação que ele provoca:.....

17. Tem alguma doença relacionada ao **aparelho digestivo**? (Exemplo: gastrite; úlcera; hérnia de hiato; diarreia crônica; sangue nas fezes)

Não ()

Sim () Descreva:

Faz **dieta**? **Não** () **Sim** ()

Tem perdido peso rapidamente? **Não** () **Sim** ()

Quanto perdeu?..... Em quanto tempo?.....

18. Tem ou já teve **doenças vasculares** (de circulação)? (Exemplo: varizes; trombose; embolia)

Não ()

Sim () Descreva:

Você notou o surgimento de manchas roxas ou hematomas na pele sem causa aparente? **Não** () **Sim** ()

Quando?.....

19. Tem boa **cicatrização**?

Sim ()

Não () Descreva:

Quando se corta demora para parar de sangrar? **Não** () **Sim** ()

20. Tem alguma **doença de pele**?

Não ()

Sim () Descreva:

21. Tem **gripe; processo inflamatório; alérgico** ou **infeccioso** recentemente?

Não ()

Sim () Descreva:

Nome do Paciente: _____

Nome do Anestesiista: _____ CRM _____