

## QUESTIONÁRIO PRÉ-CONSULTA DE ANESTESIA

Nome \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ Idade \_\_\_ Data Cirurgia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Cirurgia proposta \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

**Cirurgias anteriores** e datas aproximadas:

1.	3.	<b>Tensão Arterial</b> na última semana:		
2.	4.	1. /	2. /	3. /

Houve problemas em **anestésias anteriores**? Sim  Não   
(se sim, assinale: hipertermia maligna, dificuldade de intubação, náuseas e/ou vômitos)

Existe **história na família** de complicações durante anestésias? Sim  Não  Quais? \_\_\_\_\_

Tem **alergias** a medicamentos ou alimentos? Quais?

1.	2.	3.
----	----	----

É **fumador(a)**? Sim  Não  Quantos cigarros/dia? \_\_\_\_\_ Há quantos anos? \_\_\_\_\_

Já **foi fumador(a)**? Sim  Não  Quantos cigarros/dia? \_\_\_\_\_ Durante quantos anos? \_\_\_\_\_

Consome **bebidas alcoólicas**? Sim  Não  Quantidade diária? \_\_\_\_\_

Consome **drogas recreativas** (precisamos de saber para sua segurança)? Sim  Não  Quais? \_\_\_\_\_

Consegue subir dois lanços de escadas sem parar/sentir falta de ar/dor no peito? Sim  Não

Tem **prótese(s) dentária(s)/dentes a abanar**? Sim  Não

Indique as **doenças conhecidas atuais ou passadas** (se sim, faça um círculo no que se aplica a si):

Problemas cardíacos? Sim  Não  (dor no peito, ataque cardíaco, arritmias, insuficiência cardíaca)

Tem algum pacemaker ou cardiodesfibrilhador implantável (CDI)? Sim  Não

Hipertensão Arterial? Sim  Não

Problemas respiratórios? Sim  Não  (falta de ar, asma, enfisema, bronquite crónica, apneia de sono)

Diabetes *Mellitus*? Sim  Não  Se sim, toma insulina? Sim  Não

Problemas neurológicos? Sim  Não  (AVC, convulsões/epilepsia, hérnias discais na coluna, vertigens)

Problemas digestivos? Sim  Não  (hérnia do hiato, refluxo, úlcera do estômago)

Problemas da tiroide? Sim  Não  (bócio, nódulos, hipotireoidismo, hipertireoidismo)

Problemas renais? Sim  Não  (insuficiência renal crónica, diálise, pedras no rim)

Problemas de fígado? Sim  Não  (cirrose, icterícia, hepatite A, B, C)

Problemas no sangue? Sim  Não  (anemia, leucemia, transfusões, trombozes, sangramentos)

Artrite Reumatoide? Sim  Não

Tomou corticoesteroides (cortisona ou prednisolona) no último ano? Sim  Não

Já fez algum tratamento com radioterapia e/ou quimioterapia? Sim  Não  Em que data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Outras doenças: \_\_\_\_\_

**Medicamentos que toma habitualmente, dose e horário** (incluindo medicamentos comprados sem receita médica – ex: ervas medicinais, chás, etc).

1.	2.
3.	4.
5.	6.