

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

IH: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

## AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA EXAMES DIAGNÓSTICOS

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### POR FAVOR, RESPONDA AO QUESTIONÁRIO ABAIXO

- |                                   |                              |                              |                                 |  |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|
| 1. Peso _____                     | Altura _____                 |                              |                                 |  |
| 2. Cirurgias anteriores?          | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | Qual(is)? _____                 |  |
| 3. Problemas durante a anestesia? | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | Qual(is)? _____                 |  |
| 4. Fumante?                       | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | Quantos cigarros por dia? _____ |  |
| 5. Diabético?                     | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | Qual medicação usa? _____       |  |
| 6. Hipertenso / Cardiopatia?      | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | Qual medicação usa? _____       |  |
| 7. Asma / Bronquite?              | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | Qual medicação usa? _____       |  |
| 8. Alguma Alergia?                | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | A que? _____                    |  |
| 9. Doença Renal?                  | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | Qual(is)? _____                 |  |
| 10. Usa outros medicamentos?      | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | Qual(is)? _____                 |  |

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - ANESTESIA

Declaro que as informações aqui contidas sobre as quais fui questionado são verdadeiras e de inteira responsabilidade, não tenho omitido nenhum fato referente à minha saúde, e que fui informado com clareza sobre os procedimentos anestésicos necessários.

Confirmando que recebi explicações sobre as técnicas disponíveis, não tenho dúvidas quanto aos procedimentos anestésicos a serem adotados, suas indicações, contra-indicações, riscos e concordo com a realização dos mesmos, estando a equipe médica autorizada a realizá-los.

☐ Paciente ☐ Responsável

Assinatura do paciente ou responsável

### USO EXCLUSIVO DO ANESTESIOLOGISTA

Procedimento

Anestesia planejada

P.A. \_\_\_\_ X \_\_\_\_ FC \_\_\_\_ T° \_\_\_\_ ASA \_\_\_\_ Jejum ☐ NÃO ☐ SIM

Prót. Dentária ☐ NÃO ☐ SIM Mallampati \_\_\_\_ Liberado ☐ NÃO ☐ SIM

Exame Físico: (anotar apenas dados relevantes) ☐ NDN

Antecedentes pessoais e familiares: (anotar apenas dados relevantes) ☐ NDN

Anestesista \_\_\_\_\_

Carimbo/CRM \_\_\_\_\_