



Avaliação Pré-anestésica

I. Informações Pré-anestésicas

Cada afirmativa deve ser respondida pelo paciente (ou seu responsável legal), com ou sem ajuda de familiares, para fornecer informações importantes, que serão aprofundadas durante a Consulta com o médico anestesista.

Por favor, leia cada frase com atenção e complete somente com as palavras **SIM** ou **NÃO**.

Em caso de dúvida, não responda.

Coração e a Pressão:

1. Tenho alguma doença do coração:
2. Pratico atividades físicas:
3. Fico cansado e com falta de ar ao subir dois lances de escada:
4. Já tive infarto ou angina:
5. Sinto dores no peito:
6. Já fiquei internado em UTI:
7. Já fui operado do coração:
8. Tenho marca-passo no coração:
9. Às vezes, sinto "batedeira" no peito:
10. Tenho pressão alta:

Sistema Nervoso, Músculos e Ossos:

1. Já tive convulsões:
2. Já fui operado da cabeça:
3. Tenho enxaqueca:
4. Sofro de depressão:
5. Tenho Síndrome do Pânico:
6. Sou muito ansioso:
7. Tenho desvios na coluna:
8. Tenho "bico de papagaio" na coluna:
9. Sinto dor na coluna:
10. Já fiz cirurgia da coluna:
11. Costumo tomar com frequência, bebidas alcoólicas:
12. Já experimentei drogas entorpecentes:
13. Tenho dificuldades para ouvir:
14. Tenho problemas na vista:
15. Tenho labirintite/tonturas:

Informações sobre medicamentos: (em caso afirmativo escrever o nome do remédio)

1. Tomo remédios para o coração: _____
2. Tomo remédios para a pressão: _____
3. Tomo aspirina (ou outros remédios para a coagulação): _____
4. Tomo remédio para depressão: _____
5. Tomo remédios para convulsão: _____
6. Tomo remédios para controlar o açúcar no sangue: _____
7. Tomo remédio para a tireóide: _____
8. Tomo hormônios ou remédios para aumentar os músculos: _____
9. Tomo fórmulas para emagrecer: _____
10. Tomo pílula anticoncepcional: _____
11. Tomo remédios naturais: _____

Outras Informações Importantes:

1. Esta será minha primeira cirurgia:
2. Já tomei anestesia para tratar os dentes:
3. Já tive algum problema com anestésias anteriores:
4. Tenho parente próximo que teve algum problema sério ou que faleceu durante uma cirurgia:
5. Tenho parentes que "não podem tomar anestesia":
6. Tenho úlcera ou gastrite:
7. Vômito com muita facilidade:
8. Tenho ou já tive algum problema nos rins:
9. Sinto ardência quando vou urinar:
10. Sinto vontade de urinar a toda hora:
11. Tenho infecção na urina com frequência:
12. Uso prótese nos dentes (dentadura, pivôs etc.):
13. Tenho artrose ou artrite:
14. **Para os homens.** Tenho problema de próstata:
15. **Para as mulheres.** Estou ou posso estar grávida:
16. Tenho um problema de saúde que não me foi perguntado neste questionário:

Muito obrigado pela paciência em preencher esta avaliação. Suas respostas são muito importantes para sua segurança.