|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ENCUESTA DE PRE SEDACIÓN** | **CODIGO** | FT-PA-GI-HC-064 |
| **VERSION** | 03/07-OCTUBRE-2021 |
| **PAGINA** | 1 DE 1 |
| **PROCESO** | GESTION DE LA INFORMACION | **SUBPROCESO** | HISTORIA CLINICA |

|  |
| --- |
| Nombre Completo: ${nombre\_completo} |
| Identificación: ${documento} |
| Procedimiento a realizar: ${examen} |
| Teléfono: ${telefono} |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Este formato debe ser llenado por el paciente** | | | | | |
| Sexo: ${sexo} | Edad: ${edad} | | | Peso: ${peso} | Talla: ${talla} |
| **Lea las siguientes preguntas con atención, marque con una "x" según corresponda. Especifique las respuestas que fueron si** | | | | | |
| ¿Tiene alergia conocida a algún medicamento, comida? | | |  | Si: ${ale\_si} No: ${ale\_no} Cual:${ale\_cual} | |
| ¿Sufre de Enfermedad cardiaca? |  | |  | Si: ${card\_si} No: ${card\_no} Cual:${card\_cual} | |
| ¿Sufre de enfermedad Pulmonar? |  | |  | Si: ${pul\_si} No: ${pul\_no} Cual:${pul\_cual} | |
| ¿Ha presentado ronquidos al dormir? |  | |  | Si: ${ronq\_si} No: ${ronq\_no} | |
| ¿Usa CPAP?: Si: ${cpap\_si} No: ${cpap\_no} ¿Usa Oxigeno en la casa? | | |  | Si: ${oxi\_si} No: ${oxi\_no} | |
| ¿Sufre de enfermedad neurológica/psiquiátrica? |  | |  | Si: ${neu\_si} No: ${neu\_no} Cual:${neu\_cual} | |
| ¿Sufre de enfermedad de riñón y/o hígado? |  | |  | Si: ${hig\_si} No: ${hig\_no} Cual:${hig\_cual} | |
| ¿Consume medicamentos que interfieren con la coagulación? | | |  | Si: ${coag\_si} No: ${coag\_no} Cual:${coag\_cual} | |
| ¿Ha tenido antecedentes de sangrados previos? |  | |  | Si: ${sang\_si} No: ${sang\_no} | |
| ¿Consume frecuentemente alcohol o drogas? |  | |  | Si: ${alc\_si} No: ${alc\_no} | |
| ¿Si es mujer cree estar en embarazo? |  | |  | Si: ${emb\_si} No: ${emb\_no} | |
| ¿Le han realizado cirugías? |  | |  | Si: ${cir\_si} No: ${cir\_no} Cual:${cir\_cual} | |
|  | | | | | |
| ¿Presento alguna complicación con sedaciones y/o anestesias previas? | | |  | Si: ${sed\_si} No: ${sed\_no} Cual:${sed\_cual} | |
| ¿Se fatiga con sus actividades diarias? |  | |  | Si: ${fat\_si} No: ${fat\_no} | |
| ¿Ha estado hospitalizado en los últimos tres meses? | | |  | Si: ${hosp\_si} No: ${hosp\_no}  ¿Por qué?:${hosp\_cual} | |
|  | | | | | |
| ¿Desea recibir sedación en su procedimiento? |  | |  | Si: ${rec\_sed\_si} No: ${rec\_sed\_no} | |
| **Liste los medicamentos que usa actualmente:** | | | | | |
| Medicamento: ${medicamento1} | | Dosis: ${medicamento\_1} | | | |
| Medicamento: ${medicamento2} | | Dosis: ${medicamento\_2} | | | |
| Medicamento: ${medicamento3} | | Dosis: ${medicamento\_3} | | | |
| Medicamento: ${medicamento4} | | Dosis: ${medicamento\_4} | | | |
| Medicamento: ${medicamento5} | | Dosis: ${medicamento\_5} | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORADO POR** | **REVISADO POR** | **APROBADO POR** |
| JEFE DE CALIDAD | COMITÉ DE HISTORIA CLINICA | COMITÉ CALIDAD |