

AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE MEDICINA E ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO (AMME)

QUESTIONÁRIO PRÉ-ANESTÉSICO

NOME: _____ TELEFONES: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () M () F PASSAGEM: _____
CIRURGIA A SER REALIZADA: _____

RESPONDA AS PERGUNTAS ABAIXO

1) VOCÊ TEM HISTÓRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA? () Não () Sim

2) APARELHO CARDIOVASCULAR:

Já teve infarto do miocárdio?	() Não () Sim
Já teve Angina?	() Não () Sim
Tem falta de ar ao deitar?	() Não () Sim
Com quantos travesseiros você dorme?	() 1 () 2 () MAIS QUE 2
Sua pressão arterial é alta?	() Não () Sim
Tem deslipidemia?(alteração do colesterol)	() Não () Sim
Usa medicamento para o coração? () Não () Sim (quais?):	
Tem arritmia cardíaca?(ritmo alterado do coração)	() Não () Sim
Usa medicamento para a arritmia? () Não () Sim (quais?):	
Tem sopro no coração?	() Não () Sim
Já teve TVP(trombose venosa profunda)? () Não () Sim (quando?)	
Tem história de TVP na família?	() Não () Sim
Tem varizes nas pernas?	() Não () Sim
Tem edema (inchaço) nas pernas?	() Não () Sim
Faz uso de algum medicamento anticoagulante?(ex: ácido acetil salicílico (AAS), Ticlopidina, Clopidogrel, Cumarínicos e Cilostazol)? () Não () Sim (quais?)	

3) APARELHO RESPIRATÓRIO

Fuma? () Não () Já fumei. Parei há ____ anos () Fumo. Fumo ____ cigarros por dia	
Tem rinite ou sinusite?	() Não () Sim
Tem doença do pulmão?(ex: enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma e outras)? () Não () Sim (qual?)	
Tem tosse frequente?	() Não () Sim
Tem falta de ar?	() Não () Sim

4) APARELHO URINÁRIO

Já teve infecção nos rins/bexiga ou urina? () Não () Sim (a quanto tempo?):	
Já teve cálculo renal (pedra nos rins)? () Não () Sim (a quanto tempo?):	
Já fez cirurgia nos rins? () Não () Sim (a quanto tempo?):	
Toma algum medicamento com diuréticos (medicamento para urinar)? () Não () Sim (quais/):	

5) APARELHO ENDÓCRINO

Usa fórmula para emagrecer? () Não () Sim: (qual medicamento e a quanto tempo usa?)	
Tem diabetes? () Não () Sim: (a quanto tempo?)	
Faz uso de medicamento para diabetes? () Não () Sim (quais?)	
Tem doença da tireóide? () Não () Sim (qual?)	
Faz uso de medicamentos para tireóide? () Não () Sim (qual?)	
Tem alguma outra doença endócrina não citada? () Não () Sim (qual?)	

6) APARELHO DIGESTIVO

Faz uso de bebidas alcoólicas? () Não () Sim (quais/):
Com que frequência ingere bebida alcoólica? () ocasionalmente () quase diariamente () diariamente
Qual a quantidade de bebida alcoólica que costuma ingerir: () nenhuma () 1 taça () 1 copo americano () mais que um copo
Já teve doença do pâncreas? () Não () Sim (a quanto tempo?):
Já teve hepatite? () Não () Sim (a quanto tempo?):
Já teve doença na vesícula?(ex: cálculo) () Não () Sim (a quanto tempo?):
Ja fez cirurgia na vesícula? () Não () Sim (a quanto tempo?):
Já teve ou tem gastrite? () Não () Sim (a quanto tempo?):
Já teve ou tem úlcera gástrica ou duodenal? () Não () Sim (há quanto tempo?):
Tem prótese dentária? () Não () Sim: superior, inferior ou as duas?

7) SISTEMA NERVOSO

Já teve AVC (acidente vascular cerebral)?(ex:derrame ou isquemia) () Não () Sim: (há quanto tempo?)
Já teve convulsão ou Epilepsia? () Não () Sim (a quanto tempo?)medicamento em uso?)
Enxaqueca? () Não () Sim (a quanto tempo?medicamento em uso?)
Depressão? () Não () Sim (a quanto tempo?medicamento em uso?)
Ansiedade excessiva? () Não () Sim (a quanto tempo?medicamento em uso?)
Tem síndrome do pânico? () Não () Sim (a quanto tempo?medicamento em uso?)
Tem alguma outra doença Psiquiátrica não mencionada acima? () Não () Sim (a quanto tempo? medicamento em uso?)

8) SISTEMA LOCOMOTOR

Tem doença de origem neuromuscular? () Não () Sim (a quanto tempo?medicamento em uso?)
Tem desvio de coluna? () Não () Sim () não sabe
Já fez cirurgia na coluna? () Não () Sim
Hérnia de disco? () Não () Sim (a quanto tempo?medicamento em uso?)
Tem artrose? () Não () Sim (a quanto tempo?medicamento em uso?)
Artrite reumatóide? () Não () Sim (a quanto tempo?medicamento em uso?)
Tem formigamento nos braços e/ou pernas? () Não () Sim (a quanto tempo?medicamento em uso?)

9) GINECOLOGIA

Está grávida? () não () sim (a quanto tempo?
Está amamentando? () não () sim (a quanto tempo?)
Faz uso de algum método ou medicamento contraceptivo(evitar gravidez) () não () sim, qual?
Faz alguma reposição hormonal? () não () sim (a quanto tempo?medicamento em uso?)

10) METABOLISMO

Tem alergia a medicamentos? () Não () Sim (quais?)
Tem alergia a alimentos? () Não () Sim (quais?)
Já teve reação alérgica a algum tipo de anestesia? () Não () Sim
Tem algum outro tipo de alergia? () Não () Sim
Tem história de hipertermia maligna na família (problema que pode ocorrer durante uma cirurgia/anestesia que já tenha feito?) () Não () Sim
Cirurgias realizadas até hoje (inclui parto normal e cesariana)(incluir tipo de anestesia se souber): () nenhuma () realizadas-especificar _____ _____
É usuário(a) de drogas? () Não () Sim (quais?):
Já teve outras complicações anestésicas? () Não () Sim (quais?):
Cite os medicamentos de que faz uso no momento: () nenhum () sim (especificar): _____ _____

Declaro que não omiti informações a respeito do meu estado físico-mental e da utilização de produtos médicos.

Assinatura do paciente

GAMA-DF, / /

A qualidade de nossos serviços depende muito de avaliações. A sua contribuição, com críticas e sugestões, será muito bem vinda, podendo ser feita nos nossos canais de **Ouvidoria**. Participe! Obrigado!