

CLÍNICA DE ANESTESIA - Equipe do Dr. MAURO PEREIRA DE AZEVEDO

CRM-RJ 52.51600-9

Leia atentamente o questionário abaixo e o preencha usando letras de forma legíveis. O preenchimento correto é importante para sua segurança na anestesia.

Nome completo: _____

Plano de Saúde: _____ Telefone para contato: (____) _____

Idade: ____ anos Peso: ____ Kg Altura: ____ cm Sexo: (M) (F)

Tipo sanguíneo: _____ Profissão: _____

HOSPITAL: _____

CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: _____

CIRURGIA/PROCEDIMENTO PROPOSTO: _____

1- Qual foi a última hora em que bebeu ou comeu alguma coisa no dia da internação? Descreva o que foi.

2 - Tem ALERGIA a algum medicamento, alimento, substância química ou látex (borracha)? () SIM () NÃO

Qual (quais)? _____

3 - Faz uso regular de alguma medicação? () SIM () NÃO **Quais?**

Nome	Dose	Vezes/dia	Nome	Dose	Vezes/dia
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

4 - Usou cortisona (corticóide) nos últimos 6 meses? () SIM () NÃO

5 - Usou Aspirina (AAS ou similar) no últimos 15 dias? () SIM () NÃO

6 - Usou algum medicamento para emagrecimento nos últimos 30 dias? () SIM () NÃO

7 - Já foi submetido a alguma cirurgia em sua vida? () SIM () NÃO

Qual (quais)? _____

Apresentou algum tipo de problema na anestesia? () SIM () NÃO

Qual (quais)? () DOR () NÁUSEAS () VÔMITOS () TREMORES

OUTROS _____

8 - Já recebeu transfusão de sangue? () SIM () NÃO

9 - Já teve hepatite? () SIM () NÃO

10 - Já teve úlcera, gastrite ou refluxo gastro-esofágico (retorno do alimento após comer?) () SIM () NÃO

11 - Tem dor de cabeça com frequência? () SIM () NÃO

12 - É diabético? () SIM () NÃO

Há quanto tempo? _____

13 - Tem pressão alta? () SIM () NÃO

Há quanto tempo? _____

14 - Tem pressão baixa? () SIM () NÃO

15 - Qual a sua pressão arterial normal? _____ x _____ mmHg

16 - Tem algum problema de coluna? () SIM () NÃO

17 - Tem dor ou dormência nos braços? () SIM () NÃO

18 - Tem dor ou dormência nas pernas? () SIM () NÃO

19 - Tem ou já teve algum problema de coração? () SIM () NÃO

Qual (quais)? () INFARTO () ANGINA (DOR NO PEITO) () ARRITMIA
() USO DE MARCA-PASSO

Outros: _____

20 - Tem ou já teve algum problema de pulmão? () SIM () NÃO

Qual (quais)? () ASMA () BRONQUITE () ENFISEMA
() TOSSE SECA () TOSSE COM CATARRO

Outros: _____

21 - É ou foi fumante de cigarros ou similar? () SIM () NÃO

Há quanto tempo? _____ **Quantidade por dia?** _____

Quando fumou pela última vez? _____

22 - Faz uso de alguma prótese? () SIM () NÃO

() DENTÁRIA () AUDITIVA () LENTE DE CONTATO

23 - Tem algum problema urinário ou de rins? () SIM () NÃO

24 - Tem problema de tireóide? () SIM () NÃO

25 - Tem rinite alérgica ou sinusite? () SIM () NÃO

26 - Está com dor de garganta? () SIM () NÃO

27- Costuma ingerir bebida alcóolica? () SIM () NÃO

() Frequentemente () Eventualmente () Raramente

28 - Tem algum problema de coagulação (sangramentos anormais ou excessivos)? () SIM () NÃO

29 - Quando foi sua última menstruação? _____

30 - Costuma roncar muito? () SIM () NÃO

31 - Apresenta sonolência excessiva durante o dia? () SIM () NÃO

32 - Já apresentou algum problema neurológico (desmaios, tonteiras) () SIM () NÃO

33 - Já apresentou alguma doença reumática? (Lupus, Artrite reumatóide, etc) () SIM () NÃO

34 - Pratica alguma atividade física? () SIM () NÃO

Qual atividade? _____

Com que frequência? _____

35- Na sua família alguém já teve algum problema relacionado à anestesia? () SIM () NÃO

RECOMENDAÇÕES

- 1 - Não coma nem beba nada após o período recomendado do jejum (nem água)
- 2 - Leve todos os seus exames pré-operatórios e risco cirúrgico
- 3 - Não use esmaltes e maquiagens e peças metálicas
- 4 - Remova peças dentárias móveis
- 5 - Pare de fumar pelo menos 15 dias antes da cirurgia (ou o maior tempo possível)
- 6 - Qualquer anormalidade informe ao seu cirurgião com antecedência
- 7 - Compareça para a cirurgia/exame acompanhado de um responsável maior de idade
- 8 - Não dirija no dia do exame/cirurgia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (em atendimento à Resolução CFM 1.802/06)

Declaro, para fins legais:

- 1 - Que estou ciente que, a meu pedido, estarei sendo submetido à anestesia para o procedimento proposto acima;
- 2 - Que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através da explicação que foi prestada pelo Médico Anestesiologista que me examinou, tendo tido a oportunidade de receber esclarecimentos e todas as informações necessárias a minha perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual irei me submeter;
- 3 - Reconheço que o exercício da anestesiologia é uma atividade de meio, ou seja, obriga-se a prestação dos serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
- 4 - Que, a fim de prevenir e afastar eventuais problemas, foram prestados ao médico anestesiologista que me examinou todas as informações relativas às condições médicas, físicas e psicológicas da minha pessoa, sem qualquer fato ou elemento ocultado;
- 5 - Que foram informados pelo médico anestesiologista os riscos inerentes e naturais do ato anestésico (anotar os riscos excepcionais no prontuário médico);
- 6 - Que meu internamento no hospital referenciado se deu por livre e espontânea vontade, e que tenho conhecimento que o médico anestesiologista se responsabiliza apenas pelos procedimentos de sua especialidade, não se responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico, bem como do tratamento ou internamento como um todo;

7 - Que, em retribuição ao atendimento anestésico, efetuari o pagamento em favor do(s) médico(s) anestesiológista(s) a título de honorários médicos;

8 - Declaro, finalmente, que tenho o conhecimento que o valor supra refere-se tão somente aos honorários médicos do(s) anestesiológista(s), independente de exames, medicamentos, equipamentos e outros recursos que se fizerem necessários, mesmo que consequentes ao ato anestésico, os quais serão pagos separadamente.

A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Assinatura:

Anestesiologista:

Testemunhas:

—
—
—

—
—

—
—

-

-

-

