



**RPR-SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA
DA CLÍNICA GRAF GUIMARÃES**

**CIRURGIA PLÁSTICA, DERMATOLOGIA,
LASER E TRANSPLANTE CAPILAR,
BARBA E SOBRAMCELHA**

O preenchimento deste questionário é de extrema importância para o serviço de anestesiologia desta clínica. O bom resultado do ato anestésico depende muito da não omissão de informações a respeito do seu estado físico-mental e da utilização de produtos médicos ou não.

Antes do encaminhamento do (a) paciente para o centro cirúrgico, o anestesiológico examinará o (a) mesmo (a) e estudará as informações do questionário e os resultados dos exames solicitados. Logo o (a) paciente não poderá esquecer de levar para a consulta pré-anestésica este questionário devidamente preenchido e todos os seus exames realizados, com laudos, estes se forem solicitados. Para os pacientes com problemas cardíacos não esquecer a carta de liberação de cirurgia do cardiologista.

Não deve estar em uso de fórmulas de emagrecimento, antidepressivos da classe IMAO e TRICÍCLICOS há pelo menos 14 dias da data da cirurgia (se estiver em uso consultar o seu médico para ver a melhor forma de suspender esses medicamentos).

QUESTIONÁRIO PRÉ-ANESTÉSICO -

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Peso:

Altura (em cm):

Código do Paciente (*preenchido na clínica*):

Data:

CIRURGIA(AS) A SER(EM) REALIZADA(S): (*marcar com X*)

- Implante de cabelos
- Blefaroplastia(*pálpebras*) - INFERIOR SUPERIOR
- Ritidoplastia(*plástica da face*)
- Rinoplastia(*nariz*)
- Aplicação de fenol
- Otoplastia(*orelha*)
- Lipoaspiração de Pescoço
- Prótese de mamas
- Lipoaspiração do Corpo
- Prótese de Glúteos(*bumbum*)
- Abdomenoplastia
- Mamoplastia
- Retoque de Lipoaspiração
- Retoque de Cicatriz
- Troca de Prótese de Mamas
- Depilação a Laser Sob Sedação
- Outros Procedimentos:

Tem algum problema de saúde? Não Sim

Qual(ais):

Tem história de internação hospitalar por doença? Não Sim

Qual(ais):

É usuário(a) de drogas? Não Sim

Qual(ais):

APARELHO CARDIOVASCULAR -

Já teve Infarto do Miocárdio? Não Sim | Dor no Peito? Não Sim

Tem Falta de Ar ao Deitar? Não Sim | Com Quantos Travesseiros você Dorme?

Sua Pressão Arterial é: Alta Normal Baixa Não sei

Tem Deslipidemia?(alteração do colesterol): Não Sim Não sei

Usa Medicamento para o Coração? Não Sim

Qual(ais)?(dosagem):

Tem Arritmia Cardíaca?(ritmo alterado do coração): Não Sim Não sei

Qual(ais)?

Tem Sopro no Coração? Não Sim Não sei

Já teve TVP? (trombose venosa profunda): Não Sim Não sei Fiz Tratamento

Tem história de TVP na família? Não Sim Não sei

Tem Varizes nas Pernas? Não Sim Não sei

Tem Edema (inchaço) nas Pernas? Não Sim

Tem algum outro Problema no Coração? Não Sim Não sei

Tem algum outro Problema de Circulação? Não Sim Não sei

Faz uso de algum Medicamento Anticoagulante?(Ex: Ácido Acetil Salicílico (AAS), Ticlopidina, Clopidogrel, Cumarínicos e Cilostazol): Não Sim

Qual(ais)?

- Obs.: Se estiver em uso de Anticoagulante, suspenda por 10 dias antes da cirurgia (consultar com o médico que prescreveu o remédio). - Obs.: Para os pacientes com problemas cardíacos não esquecer a carta de liberação de cirurgia do cardiologista.

APARELHO RESPIRATÓRIO -

Fuma? Não Sim | Quantos cigarros por dia?

Por quanto tempo fuma?

Se já fumou, há quanto tempo parou?

Tem rinite? Não Sim

Tem sinusite? Não Sim

Tem doença do pulmão?(*ex: enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma e outras*): Não Sim

Qual(ais)?

Tem Tosse frequente? Não Sim

É produtiva (*com catarro*)? Não Sim

Tem Falta de Ar? Não Sim

Piora com o que?

Melhora com o que?

Faz tratamento para alguma Doença do Pulmão? Não Sim

Qual(ais)?

APARELHO URINÁRIO -

Já teve Infecção nos Rins? Não Sim | Quando?

Já teve Infecção na Bexiga? Não Sim | Quando?

Já teve Cálculo Renal (*pedra nos rins*)? Não Sim | Quando?

Fez Tratamento para o Cálculo Renal? Não Sim | Qual?

Já fez Cirurgia nos Rins? Não Sim | Quando?

Já fez alguma Cirurgia e ficou com Retenção Urinária? Não Sim | Quando?

Teve algum outro Problema no Aparelho Urinário? Não Sim | Qual?

Toma algum Medicamento com Diuréticos (*medicamento para urinar*)? Não Sim | Quando?

APARELHO DIGESTIVO -

Faz uso de Bebidas Alcoólicas? Não Sim

Com que Frequência?

Qual a Quantidade?

Quais Bebidas Costuma Ingerir?

Já teve doença do pâncreas? Não Sim

Fez Tratamento? Não Sim | Qual?

Já teve Hepatite? Não Sim | Que Tipo?

Fez Tratamento? Não Sim | Qual?

Já teve Doença na Vesícula?(Ex: cálculo): Não Sim | Quando?

Ja fez Cirurgia na Vesícula? Não Sim | Qual?

Já teve ou tem Gastrite? Não Sim | Quando?

Faz tratamento? Não Sim | Qual?

Quais medicamentos usou?

Já teve ou tem Úlcera Gástrica ou Duodenal? Não Sim | Quando?

Faz tratamento? Não Sim | Qual?

Quais medicamentos usou?

Já Vomitou Sangue? Não Sim | Quando?

Já Evacuou Sangue? Não Sim | Quando?

Tem Prótese Dentária? Não Sim

Fixa ou móvel?

APARELHO ENDÓCRINO -

Usa Fórmula para Emagrecer? Não Sim

Se já usou, há quanto tempo parou?

Quais os componentes da sua fórmula?

- Obs.: Deve suspender o uso das fórmulas pelo menos 14 dias antes da data da cirurgia (consultar com o médico que prescreveu o remédio)

Tem diabetes? Não Sim

Quanto tempo?

Qual o Tipo? Tipo I Tpo II

Faz uso de Medicamento para Diabetes? Não Sim

Qual(ais)?(dosagem)

Tem Doença da Tireóidea? Não Sim | Hipertiroidismo Hipotiroidismo

Quanto tempo?

Faz uso de Medicamentos para Tireóidea? Não Sim

Qual(ais)?

Tem alguma outra Doença Endócrina não citada? Não Sim

Qual(ais)?

SISTEMA NERVOSO -

Já teve AVC (*acidente vascular cerebral*)?(*Ex:derrame ou isquemia*): Não Sim

Quanto tempo?

Que tratamento fez?

Já desmaiou? Não Sim

Se sim, lembra-se do motivo?

Já teve convulsão ou Epilepsia? Não Sim

Se sim, há quanto tempo foi a última crise e qual medicamento usou?

Já teve Enxaqueca? Não Sim

Se sim, há quanto tempo foi a última crise e qual medicamento usou?

Já teve Depressão? Não Sim

Se sim, qual medicamento usou?

- Obs.: Deve suspender o uso de depressivo do grupo IMAO e TRICÍCLICOS pelo menos 14 dias antes da data da cirurgia (consultar com o médico que prescreveu o remédio)

Ansiedade excessiva? Não Sim

Tem síndrome do pânico? Não Sim

Pânico de quê?

Tem alguma outra doença Psiquiátrica não mencionada acima? Não Sim

Qual(ais)?

Qual medicamento usa?

SISTEMA LOCOMOTOR -

Tem doença de origem Neuromuscular? Não Sim

Qual(ais)?

Qual medicamento usa?

Se locomove com facilidade? Não Sim | Porque?

Tem desvio de Coluna? Não Sim | Escoliose Lordose Cifose

Já fez cirurgia na Coluna? Não Sim | Que seguimento da coluna?

Hérnia de Disco? Não Sim | Que seguimento da coluna?

Tem Artrose? Não Sim | Artrite reumatóide? Não Sim

Tem Formigamento nos Braços e/ou Pernas? Não Sim

Outras manifestações não mencionadas?

GINECOLOGIA -

Está grávida? Não Sim Não sei Data da última menstruação:

Está amamentando? Não Sim

Faz uso de algum Método ou medicamento Contraceptivo(*evitar gravidez*)?

Não Sim | Qual(ais)?

Faz alguma Reposição Hormonal? Não Sim | Qual?

Está com alguma Infecção Vaginal? Não Sim

Tratando? Não Sim | Qual medicamento usa?

METABOLISMO -

Tem alergia a medicamentos? Não Sim

Qual(ais)?

Tem alergia a alimentos? Não Sim

Qual(ais)?

Já teve reação alérgica com algum tipo de anestesia? Não Sim | Qual?

Tem algum outro tipo de alergia? Não Sim

Qual(ais)?

Tem história de Hipertermia Maligna na Família? Não Sim Não sei

Cirurgias realizadas até hoje *(incluindo parto normal e cesariana | incluir tipo de anestesia se souber)*

Já teve outras complicações anestésicas? Não Sim

Qual(ais)?

Cite os medicamentos que está usando no momento:

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que não omiti informações a respeito do meu estado físico-mental e da utilização de produtos médicos ou não. Ciente, autorizo o ato anestésico e todas as medidas necessárias para me salvaguardar ocorrendo complicações ou intercorrências.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

RG

LOCAL | DATA