

QUESTIONÁRIO PRÉ-SEDAÇÃO

Nome completo: _____

Idade: _____ / Sexo: Masculino Feminino / Peso: _____ kg / Altura: _____ / Telefone/telemóvel: _____

Este questionário pretende conhecer alguns factos da sua história clínica, a fim de permitir a máxima segurança e eficiência no seu tratamento. As suas respostas são confidenciais.

Assinale com uma cruz o quadrado apropriado [S]=Sim; [N]=Não. Se não souber responder assinale o quadrado [?].

S	N	?	Já teve problemas com alguma anestesia?
S	N	?	Algum familiar seu teve problemas com alguma anestesia?
S	N	?	Tem expectoração quando tosse?
S	N	?	Está ou esteve constipado nas últimas 3 semanas?
S	N	?	Tem ou teve asma, bronquite ou outra doença dos pulmões?
S	N	?	Tem ou teve a tensão alta?
S	N	?	Tem ou teve alguma doença do coração: enfarte do miocárdio, angina de peito?
S	N	?	Tem as pernas inchadas habitualmente?
S	N	?	Tem falta de ar (deitado, a andar, a subir escadas)?
S	N	?	Tem palpitações ou arritmias?
S	N	?	Tem prótese valvular no coração?
S	N	?	Tem <i>pacemaker</i> ou desfibrilador cardíaco interno (ICD)?
S	N	?	Tem ou teve hepatite?
S	N	?	Tem ou teve hérnia do hiato, úlcera do estômago ou do duodeno?
S	N	?	Tem ou teve alguma doença dos músculos, dos ossos ou das articulações?
S	N	?	Teve algum AVC (trombose)?
S	N	?	Tem ou teve convulsões ou desmaios?
S	N	?	Tem peças dentárias (naturais - restauradas ou não -, próteses removíveis, próteses fixas - ex: facetas, coroas ou pontes - ou implantes) frágeis, com mobilidade ou fragilizadas?
S	N	?	Tem diabetes?
S	N	?	Tem ou teve alguma doença nervosa, depressão ou ansiedade?
S	N	?	Tem alergias (medicamentos, alimentos ou outras)?
S	N	?	Está grávida?
S	N		Bebeu qualquer tipo de líquido nas 3 horas antes do exame, respeitando as instruções da preparação? Bebeu líquidos escuros ou opacos nas 6 horas antes do exame?
S	N		Comeu comida sólida nas 6 horas antes do exame (à exceção as gelatinas amarelas), respeitando as instruções da preparação?

MEDICAMENTOS HABITUAIS:

ALERGIAS
Medicamentos / alimentos / outras
ESPECIFICAR PEÇA DENTÁRIA:
referida acima

Não se esqueça de:
→ JEJUM conforme preparação
→ ANÁLISES *
→ ELECTROCARDIOGRAMA *
→ REQUISIÇÃO DO EXAME
→ ACOMPANHANTE
<input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> Outro: _____

* No caso de pessoas saudáveis e com menos de 45 anos, estes exames não são obrigatórios.

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura _____