

		Questionário de Avaliação Pré-Anestésica		Versão 03	
Identificação do Paciente					
Nome do Paciente:				Cole a etiqueta aqui.	
Data de Nasc.: ____ / ____ / ____		Data de Admissão: ____ / ____ / ____			
Peso: _____		Altura: _____ m Leito: _____			
Questionário					
Resposta			SIM	NÃO	Comentários
1. É alérgico a algum medicamento?			☐	☐	
2. Faz uso de algum medicamento diário?Liste os medicamentos e dose em uso			☐	☐	
3. Faz uso de tranquilizantes / calmantes?			☐	☐	
4. Tem / teve recentemente tosse com catarro?			☐	☐	
5. Tem / teve alguma doença cardíaca?			☐	☐	
6. Tem marcapasso cardíaco?			☐	☐	
7. Tem / teve algum problema de pressão?			☐	☐	
8. Tem / teve algum problema de pulmão? Asma, bronquite, tuberculose, etc.			☐	☐	
9. Tem problema de sangramento?			☐	☐	
10. Tem diabetes?			☐	☐	
11. É portador de doença infecto-contagiosa? Qual?			☐	☐	
12. Tem dor ou lesão na coluna?			☐	☐	
13. Tem/ teve problemas de :					
Fígado - cirrose, hepatite, icterícia			☐	☐	
Rim - pedra, infecção, diálise			☐	☐	
Sangue - anemia, leucemia			☐	☐	
Tireóide			☐	☐	
Estômago - Hérnia de hiato, úlcera, queimação			☐	☐	
Dificuldade para abrir a boca			☐	☐	
14. Tem/ teve algum problema dentário? Tratamento de canal, fraturas, gengivas, outros			☐	☐	
15. Faz uso de cocaína, maconha ou outra droga? Qual?			☐	☐	
16. Tem / teve problemas neurológicos?			☐	☐	
Convulsão, desmaio, epilepsia			☐	☐	
17. Cite as cirurgias e a que tipo de anestesia que já foi submetido (a) anteriormente:			☐	☐	
18. Você ou algum familiar já teve problema com anestesia? Se sim, descreva.			☐	☐	
19. É fumante? Quantos cigarros / maços por dia?			☐	☐	
20. Usa dentadura ou prótese dentária? Lentes de contato?			☐	☐	
21. Mulher: existe a possibilidade de estar grávida? Qual a idade gestacional?			☐	☐	
22. Tem prótese capilar, cílios ou unhas sintéticas (não naturais)?			☐	☐	
Questionário respondido por:		Número do RG:		Grau de Parentesco:	
Declaro que as informações acima são verdadeiras.					
Data: ____ / ____ / ____		Hora: ____ : ____		Assinatura: _____	
IMPORTANTE: Sei que devo estar em jejum de 4 horas para líquidos (chá ou água) e 8 horas para sólidos (incluindo sucos, iogurtes e vitaminas).					