

## 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 diabetes?
S	N	?	Tem ou teve alguma doença nervosa, depressão ou ansiedade?
S	N	?	Tem alergias (medicamentos, alimentos ou outras)?
S	N	?	Está grávida?

MEDICAMENTOS HABITUAIS

ALERGIAS

"CHECKLIST"
<input type="checkbox"/> JEJUM
<input type="checkbox"/> PRÓTESES DENTÁRIAS
<input type="checkbox"/> LENTES DE CONTACTO
<input type="checkbox"/> ANÁLISES
<input type="checkbox"/> ELECTROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> REQUISIÇÃO DO EXAME
<input type="checkbox"/> ACOMPANHANTE

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_