

| Identificação | | | |
|--------------------|------------|------------------------|-------------------|
| Paciente: | | | Idade: _____ anos |
| Sexo: | Profissão: | Peso: _____ Kg | Altura: _____ m |
| CPF: | | Data de nascimento: | |
| Cirurgia proposta: | | | |
| Endereço: | | | CEP: |
| Cidade: | Bairro: | Estado: | |
| Celular: | | E-mail | |
| Convênio: | | Número da carteirinha: | |

| Histórico pessoal/familiar de agravos à saúde | |
|--|---|
| 1. Já fez alguma cirurgia anteriormente? (se sim, favor citar abaixo com datas aproximadas) | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| a) _____ d) _____ | |
| b) _____ e) _____ | |
| c) _____ f) _____ | |
| 2. Você tem alguma alergia? (medicamentos, látex, e outras) | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| a) _____ d) _____ | |
| b) _____ e) _____ | |
| 3. Usa medicamentos de uso crônico? (Se sim, quais? Citar fitoterápicos também.) | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| nome do medicamento dose e frequência nome do medicamento dose e frequência | |
| a) _____ e) _____ | |
| b) _____ f) _____ | |
| c) _____ g) _____ | |
| d) _____ h) _____ | |
| 4. Usou algum corticóide oral ou tópico (pomada ou colírio) nos últimos 12 meses? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 5. Já fumou alguma vez na vida? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Qual o consumo diário? _____ cigarros/dia | |
| Ainda fuma? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 6. Faz ingestão de bebidas alcoólicas? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Se bebe, qual a frequência e consumo? _____ | |
| 7. Você usa ou já usou drogas ilícitas? (precisamos saber para sua segurança) | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 8. Você consegue subir um lance de escada sem ter que parar no meio? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 9. Você tem pressão alta? | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 10. Teve algum problema com seu coração? (se sim, circule quais) | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Dor ou pressão no peito, ataque cardíaco, eletrocardiograma anormal, batimentos irregulares, sopro cardíaco, palpitações, insuficiência cardíaca (líquido nos pulmões) | |
| 11. Teve algum problema com seus pulmões ou peito? (se sim, circule quais) | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Falta de ar, enfisema, bronquite, asma, tuberculose, radiografia de tórax anormal | |

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 12. Você está doente agora, ou esteve recentemente com um resfriado, febre, calafrios, gripe ou tosse com secreção? (se sim, circule quais) | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 13. Você ou alguém de sua família teve sérios problemas com sangramento? (se sim, circule quais) Sangramento prolongado por hemorragia nasal, gengivas, extrações dentárias ou cirurgia | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 14. Teve algum problema com seu sangue? (se sim, circule quais) Anemia, leucemia, doença falciforme, coágulos de sangue, transfusões | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 15. Já teve algum problema com seu: (se sim, circule quais) Fígado (cirrose, hepatite, icterícia)? Rim (pedra, insuficiência, diálise)? Sistema digestivo (azia frequente, hérnia de hiato, úlcera de estômago)? Costas, pescoço ou mandíbula (artite reumatóide, ATM)? Glândula tireóide (hipotireoidismo ou hipertireoidismo)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 16. Você já teve: (se sim, circule quais) Convulsões, epilepsia ou desmaios? AVC, fraqueza facial, das pernas ou dos braços, dificuldade de falar? Cãimbra nas pernas ao caminhar? Problemas de audição, visão ou memória? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 17. Mulheres: Você pode estar grávida? Qual da data da última menstruação? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 18. Já teve problemas com anestesia ou cirurgia? (se sim, circule quais) Náuseas ou vômitos intensos, hipertermia maligna (em você mesmo ou em parentes de sangue), sonolência prolongada, ansiedade, dificuldades respiratórias ou problemas de intubação. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 19. Tem dentes lascados ou soltos dentadura, coroa, pontes, aparelhos, problemas ao abrir a boca, engolir ou engasgar? (se sim, circule quais) | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 20. Você ronca? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 21. Você é diabética? usa insulina? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 21. Por favor, liste todas a doenças não mencionadas acima | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Brasília, / /20

Assinatura do paciente