

Anästhesie-Sprechstunde Tel. : Brig: intern 43045 extern 027 604 30 45
Visp: intern 42199 extern 027 604 21 99

Este questionario deve ser preenchido na unidade de avaliação pré-operatória.
O seu médico ou o enfermeiro da unidade vão ajuda-lo a preencher

Apelido : Nome : Profissão :

Altura :cm Peso :Kg Idade :anos

1. Faz medicação diariament em casa ? Não Sim
 Se sim para que doenças

.....

2. Se for do sexo feminino : Podera estar grávida ? Não Sim

3. Faz medicação diaria ? Não Sim

Se sim quais são os medicamentos :

Nome dos medicamentos	Dosagem	De manhã	Meio-dia	Noite

4. Ja alguma vez foi operado ? Não Sim Se sim, ao que foi operado e quando?

Outros internamentos hospitalares	Ano

5. Teve complicações anestésicas (depois de uma anestesia) quando foi submetido as operações ? Se sim, quais ? Não Sim

.....

Alguma pessoa da sua familia sofreu complicacões anestésicas ?

Não Sim

Da sua familia alguem sofre de doenças musculares ?

Não Sim

Alguma vez sofreu dos seguintes problemas abaixo mencionados :

6. Doenças musculares ou diminuição da força muscular ?

Não Sim

7. Doenças cardiacas (Enfarte agudo do miocardio ;palpitações, angina de peito, dificuldade respiratoria em subir escadas) ?

Não Sim

8. Doenças do aparelho circulatorio (Hipertensão arterial, caimbras, trombozes, embolias, hemorragia et varizes)?

Não Sim

9. Doenças do aparelho respiratorio (tuberculose,pneumonia,asma, bronquite) ?

Não Sim

10. Doenças do figado e vesicula (ictericia) ?

Não Sim

11. Doenças do aparelho urinario (Pedra no rim, infecções urinarias ou de um rim) ?

Não Sim

12. Doenças metabolicas (Diabétes, acido urico) ?

Não Sim

13. Doenças endocrinas (problemas da tiroide)

Não Sim

14. Problemas oculares (catarata ou gloucoma) ?

Não Sim

15. Doenças neurologicas (epilépsia, paralisia) ?

Não Sim

16. Problemas de alteraçãõ do comprtamento (depressãõ) ?

Não Sim

17. Doenças do aparelho esquelético

Não Sim

18. Doenças no sang ou problemas de coagulaçãõ ?

Não Sim

19. Allergias ?

Não Sim

_Se sim, quais ?.....

20. Sofre de outra doença não mencionada na lista ?

Não Sim

Se sim, quais ?

21. Tem uma prothése dentaria ?

Não Sim

22. E fumador ?

Não Sim

Se sim quantos cigarros fuma por dia? A quantos anos ?.....

23. Consome alcool diariamente ?

Não Sim

Se sim, qual a quantidade diaria ?.....

Tem alguma informaçãõ para acrescentar ?

Data :.....

Assinatura :.....