

Preencha atentamente este questionário para ser entregue ao Anestesista.

Nome: \_\_\_\_\_

Data do exame: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo ( ) masc. ( ) fem. Peso: \_\_\_\_\_ Kg Alt: \_\_\_\_\_

ENDOSCOPIA ( ) COLONOSCOPIA ( )

1) Faz uso de algumas das seguintes medicações?

( ) Anticoagulante: Marevan, Clexane, Heparina

( ) Antiagregante plaquetário: AAS (ácido acetil salicílico) / agrastat / asetisin / aspirina bufedil / chemopent / clopidogret / disgren / fragmin / iscover / pentox / pentoxifilina / pentral / pentrat persantin / plaketar / reopro / somalgin / ticlide / ticlopidina / ticlobal / travisco trentafilina / trental / trentofil / vascer / vasogard

( ) Ginko biloba ou outros medicamentos que interfiram na coagulação

2) Faz uso regular de alguma outra medicação: ( ) Não ( ) Sim

Nome	Dose	Vezes ao dia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3) Tem ou já teve alguns dos itens listados abaixo: (assinale com X)

( ) Idade maior do que 70 anos

( ) Insuficiência cardíaca congestiva

( ) Diabetes em uso de insulina e/ou hipoglicemiante oral

( ) Cirurgia cardíaca prévia

( ) Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

( ) Arritmia cardíaca

( ) Tromboembolismo pulmonar e/ou trombose venosa

( ) Insuficiência hepática e/ou cirrose

( ) Angina/infarto agudo do miocárdio/revascularização cardíaca

( ) AVC ou ataque isquêmico transitório

( ) Insuficiência renal com tratamento medicamentoso e/ou diálise

4) Tem ou já teve algum desses problemas de saúde: (assinale com X)

( ) Hipertensão arterial

( ) Quimioterapia

( ) Radioterapia

( ) Transfusão de sangue

( ) Hepatite

( ) Alteração na coagulação

( ) Doença psiquiátrica

( ) Rinite/sinusite

( ) Convulsão

( ) Hipo/hipertireoidismo

( ) Asma ou bronquite

( ) Depressão

( ) Reposição hormonal

5) Tem alergia a algum medicamento? ( ) não ( ) sim Qual? \_\_\_\_\_

Tem alergia alimentar? ( ) não ( ) sim Qual? \_\_\_\_\_

6) Cirurgias recentes: ( ) não ( ) sim Qual? \_\_\_\_\_

Houve alguma complicação? ( ) não ( ) sim Qual? \_\_\_\_\_

7) Costuma ingerir bebida alcoólica? ( ) não ( ) sim Qual? \_\_\_\_\_

Fuma ou já fumou? ( ) não ( ) sim

8) Faz uso de prótese dentária? ( ) não ( ) sim ( ) fixa ( ) móvel

Assinatura: \_\_\_\_\_