

1. Nome:			
2. Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	3. Idade:	4. Peso:	
5. A qual cirurgia e/ou exame você será submetido?			
6. Você já se submeteu a alguma cirurgia e/ou exame com a necessidade de anestesia?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual(ais)?			
7. Nessas cirurgias e/ou exames anteriores ocorreu algum problema relacionado com a anestesia?			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual(ais)?			
8. Você tem algum outro problema de saúde?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipotireoidismo	<input type="checkbox"/> Hipertireoidismo
<input type="checkbox"/> Outros			
Qual(ais)?			
9. Você tem problemas de coração como infarto ou arritmia?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual(ais)?			
10. Você já teve AVC (derrame) e/ou crise convulsiva?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
11. Você já esteve internado em hospital alguma vez?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Por qual motivo?			
12. Você toma algum remédio todos os dias?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual(ais)?			
13. Você tem alergia a algum medicamento?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual(ais)?			
14. Você tem alergia a esparadrapo, micropore ou iodo?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual(ais)?			
15. Você tem alergia a algum alimento?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual(ais)?			
16. Você já teve alguma reação alérgica grave?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Precisou de tratamento em hospital?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Ficou internado em UTI?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
17. Você fuma? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos cigarros por dia?		Desde que idade?
18. Você faz uso do álcool? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Diariamente?		Qual quantidade?
19. Você usa ou já usou alguma droga ilícita (maconha, cocaína, crack etc)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual(ais)?			
Em que quantidade?		Quando foi a última vez?	

Confirmo as informações por mim preenchidas e assumo os riscos relacionados a omissão de alguma informação importante para a realização da minha anestesia.