

**INFORMAÇÕES SOBRE O ESTADO DE SAÚDE DO PACIENTE**

Por favor, preencha o formulário a seguir com letra legível. São duas páginas. Suas respostas são muito importantes para podermos atender nossos(as) pacientes com maior qualidade e segurança. Estas informações são sigilosas e serão arquivadas junto ao prontuário médico.

Responsável pelo preenchimento deste formulário: \_\_\_\_\_

Parentesco ou relação com o(a) paciente (ex.: filho, mãe, amigo): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data do preenchimento do formulário: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

**DADOS DO(A) PACIENTE**

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

Idade (anos): \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_ Estatura (cm): \_\_\_\_\_ Sexo:  masculino  feminino

Responda as perguntas a seguir assinalando com X em "sim" ou "não" (continua no verso)

**O(a) paciente (tem, faz tratamento ou sofre de):**

	SIM	NÃO	Não sei
Pressão alta (hipertensão arterial)	S	N	NS
Infarto ou angina do coração (infarto do miocárdio)	S	N	NS
Insuficiência cardíaca (coração dilatado/aumentado)	S	N	NS
Arritmia cardíaca (batedeira)	S	N	NS
Usa marcapasso cardíaco	S	N	NS
Já fez cateterismo cardíaco / angioplastia / stent no coração	S	N	NS
Já teve trombose em alguma veia	S	N	NS
Asma / bronquite (chiado no peito)	S	N	NS
Tem falta de ar ao fazer esforços mesmo que pequenos	S	N	NS
Doença grave do pulmão ( <input type="checkbox"/> tuberculose <input type="checkbox"/> pneumonia <input type="checkbox"/> outras)	S	N	NS
Apnéia do sono	S	N	NS
Gastrite	S	N	NS
Refluxo gastro-esofágico	S	N	NS
Úlcera de estômago ou de duodeno	S	N	NS
Já fez tratamento para bactéria no estômago ( <i>Helicobacter pylori</i> )	S	N	NS
Presença de sangue: <input type="checkbox"/> nas fezes <input type="checkbox"/> no vômito	S	N	NS
Varizes de esôfago	S	N	NS
Cirrose do fígado / insuficiência hepática	S	N	NS
Diabetes	S	N	NS
Doença na tireóide: <input type="checkbox"/> hipotireoidismo <input type="checkbox"/> hipertireoidismo	S	N	NS
Insuficiência Renal / faz diálise	S	N	NS
Anemia	S	N	NS
Doenças que causam sangramentos (ex.: hemofilia)	S	N	NS

	SIM	NÃO	Não sei
Convulsões / epilepsia (ataques epilépticos)	S	N	NS
Acidentes vasculares cerebrais (AVCs / derrames)	S	N	NS
Ansiedade que exija tratamento	S	N	NS
Depressão que exija tratamento	S	N	NS
Outras doenças psiquiátricas que exijam tratamento	S	N	NS
Está gripado/ resfriado	S	N	NS
Teve febre nos últimos dias	S	N	NS
Hepatite <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	S	N	NS
Portador de HIV/ AIDS	S	N	NS
Uso de algum tipo de prótese móvel (ponte, dentadura) na boca	S	N	NS
Disfunções da articulação têmporo-mandibular (ATM)	S	N	NS
Tabagismo (fuma)	S	N	NS
Alcoolismo	S	N	NS
Uso de drogas: <input type="checkbox"/> maconha <input type="checkbox"/> cocaína <input type="checkbox"/> crack <input type="checkbox"/> ecstasy <input type="checkbox"/> outras	S	N	NS
Problemas para caminhar : usa cadeira de rodas <input type="checkbox"/> sempre acamado <input type="checkbox"/>	S	N	NS
Alergias - se "sim" ao que:	S	N	NS
Já recebeu algum tipo de: <input type="checkbox"/> sedação <input type="checkbox"/> anestesia geral <input type="checkbox"/> anestesia raqui <input type="checkbox"/> anestesia peridural	S	N	NS
Teve algum problema com sedação ou anestesia? (se "sim", descreva):	S	N	NS
Já foi submetido(a) a algum tipo de cirurgia? (se "sim", escreva quais):	S	N	NS
Está tomando algum medicamento? (se "sim" escreva os nomes):	S	N	NS

Para MULHERES : • está grávida ou menstruação atrasada  SIM  NÃO  NÃO SEI  
 • está amamentando  SIM  NÃO  NÃO SEI

Há quantas horas está em jejum? \_\_\_\_\_ horas. Outras informações e observações sobre doenças / estado de saúde / tratamento: \_\_\_\_\_

Descreva com suas palavras a(s) razão(ões) para a realização da endoscopia / colonoscopia: \_\_\_\_\_

*O serviço de Anestesiologia agradece sua atenção em nos disponibilizar estas informações.*