



Gava Mendes

Clínica Médica

Dr. João Marcos Rezende Mendes

Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED)

Especialista e Titular pela Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG)

Especialista em Cirurgia Geral pela Associação Médica Brasileira (AMB)

AVALIAÇÃO PRÉ-PROCEDIMENTO

Nome: _____

Data de nascimento: _____ E-mail: _____

Procedimento/cirurgia: _____

Motivo do procedimento: _____

Idade: _____ anos Peso: _____ Kg Alt: _____ cm Sexo: (M) (F)

1) Qual foi a última hora que comeu ou bebeu alguma coisa? _____

Descreva o que foi: _____

2) Apresenta algum tipo de alergia (substância química, alimentos, borracha, látex, outros)?

(S) (N) Quais? _____

3) Faz uso de alguma medicação? (S) (N) Quais? - Escreva abaixo.

Nome	Dose vezes/dia	Nome	Dose vezes/dia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4) Fez uso de alguma medicação para emagrecimento nos últimos 30 dias?

(S) (N) Qual? _____

5) Usou aspirina/similar/anticoagulante (remédio para “afinar” o sangue) nos últimos 30 dias?

(S) (N) Qual? _____

6) Usou corticóide nos últimos 6 meses? (S) (N)

7) Já submeteu algum tipo de cirurgia em sua vida? (S) (N)

Qual (Quais)? _____

8) Apresentou algum tipo de problema na anestesia? (S) (N)

Quais? () dor () náuseas () vômitos () tremores () outro: _____



Gava Mendes

Clínica Médica

Dr. João Marcos Rezende Mendes

Especialista e Titular pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED)

Especialista e Titular pela Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG)

Especialista em Cirurgia Geral pela Associação Médica Brasileira (AMB)

9) É fumante? (S) (N). Caso sim, especifique quando fumou pela última vez e quantidade/dia.

10) Apresenta sonolência excessiva durante o dia? (S) (N)

11) Costuma roncar muito? (S) (N)

12) Costuma ingerir bebida alcoólica? (S) (N). Que frequência? _____

13) Tem algum problema de coagulação? (S) (N)

14) Faz uso de alguma prótese? () dentária () auditiva () lente de contato () outra/qual _____

15) Pratica alguma atividade física? (S) (N) Especifique, e qual a frequência? _____

16) Caso o paciente seja do sexo feminino, informar a data da última menstruação _____

17) Alguém na sua família já teve problema com anestesia? (S) (N) Qual: _____

MARQUE X SE TIVER

Cardiovascular: () Hipertensão arterial () Angina () Infarto () Arritmias () Insuficiência cardíaca

() Insuficiência valvular () Marca-passo () Trombose () Varizes

Respiratório: () Asma/Bronquite () Enfisema () Rinite () Sinusite () Apnéia do sono

Neurológico: () Convulsão () Desmaios () Dor de cabeça frequente () Perda da consciência

Endócrino: () Alteração da tireóide () Diabetes () Obesidade

Osteo-articular: () Hérnia de disco () Dor nas articulações () Dor muscular () Dor na coluna

Renal: () Cálculo renal () Infecção renal de repetição

Digestivo: () Gastrite () Refluxo gástrico () Alteração do hábito intestinal

Hematológico: () Anemia () Sangramentos () Doença autoimune () Outros: _____

Observações: _____

SEU E-MAIL: _____

Petrópolis _____ de _____ de 20_____ Assinatura: _____