

ETIQUETA

Data preenchimento: ___/___/___ Horário de preenchimento ___:___

Em caso de procedimento cirúrgico

Qual o procedimento a que será submetido? _____

Qual o lado a ser operado, caso exista um lado? _____

Qual o seu peso? _____ Qual a sua altura? _____

Submeteu-se a algum procedimento cirúrgico ou exames que precisaram de anestesia? Sim Não Não sei

Se sim, qual(is) procedimento(s) e em que ano:

_____	ano: _____	_____	ano: _____
_____	ano: _____	_____	ano: _____
_____	ano: _____	_____	ano: _____
_____	ano: _____	_____	ano: _____

Se sim à resposta anterior, teve algum problema durante o(s) procedimento(s), tais como, náusea, vômito, dificuldade de intubar, foi para UTI sem planejamento prévio, etc)? Sim Não Não sei

Náusea Vômito Dificuldade para intubar Foi para UTI sem planejamento prévio
 Outro _____

Quais medicamentos faz uso contínuo ou fez uso nos últimos 10 dias? Nenhum

Nome _____	dose _____	Quantas vezes ao dia? _____	Último horário que tomou? _____
Nome _____	dose _____	Quantas vezes ao dia? _____	Último horário que tomou? _____
Nome _____	dose _____	Quantas vezes ao dia? _____	Último horário que tomou? _____
Nome _____	dose _____	Quantas vezes ao dia? _____	Último horário que tomou? _____
Nome _____	dose _____	Quantas vezes ao dia? _____	Último horário que tomou? _____
Nome _____	dose _____	Quantas vezes ao dia? _____	Último horário que tomou? _____
Nome _____	dose _____	Quantas vezes ao dia? _____	Último horário que tomou? _____

Outros: _____

Tem ou teve alguma alergia? Sim Não Não sei

Se sim, a que: alimento medicamento látex
Qual(is): _____

Você tem problema de pressão alta? Sim Não Não sei

Faz uso de marcapasso ou desfibrilador? Sim Não Não sei

Tem ou teve algum problema pulmonar? Sim Não Não sei

Asma Bronquite Tuberculose Outro: _____

Teve quadro gripal recente (menos de 14 dias)? Sim Não Não sei

Tem roncos durante a noite ou apneia do sono? Sim Não Não sei

Se sim, faz uso de CPAP ou BIPAP? Sim Não

Tem ou teve algum problema neurológico? Sim Não Não sei

AVC Derrame Convulsão Desmaio Outro: _____

Tem ou teve algum problema na coluna? Sim Não Não sei

Doenças ou alterações musculares?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
Tem algum problema no sangue (anemia, plaquetas, etc)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
<input type="radio"/> Anemia <input type="radio"/> Plaquetas <input type="radio"/> Outro: _____	
Tem ou teve algum problema com coagulação?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
Já recebeu transfusão de sangue?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
Tem Diabetes?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
Se sim, trata com insulina?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Tem ou teve problemas com tireóide?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
Tem ou teve algum problema no fígado?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
<input type="radio"/> Cirrose <input type="radio"/> Hepatite <input type="radio"/> Icterícia <input type="radio"/> Outro: _____	
Tem ou teve algum problema nos rins (cálculo, infecção, etc)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
<input type="radio"/> Cálculo <input type="radio"/> Infecção <input type="radio"/> Outro: _____	
Tem insuficiência renal?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
Se sim, faz uso de diálise?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Tem ou teve problemas digestivos?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
<input type="radio"/> Gastrite <input type="radio"/> Refluxo <input type="radio"/> Hérnia de hiato <input type="radio"/> Outro: _____	
Já teve algum problema com câncer?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
Se sim, localização: _____ Fez uso de radioterapia ou quimioterapia?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
Tabagista?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Se sim, há quanto tempo? _____ Se parou, parou há quanto tempo? _____	
Faz uso de bebida alcoólica?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Qual frequência? _____	
Faz uso de algum tipo de droga ilícita?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Se sim, quais? _____ último dia que utilizou: _____	
Tem alguma doença infecciosa?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei
<input type="radio"/> Hepatite <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Sífilis <input type="radio"/> Outro: _____	
Faz uso de prótese dentária?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Se sim, móvel ou fixa (ponte, faceta, jaqueta, dentadura)? _____	
Tem algum dente mole ou em más condições?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Faz uso de lentes de contato?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Fez algum tratamento de pele no último mês?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Faz uso de órteses estéticas: <input type="radio"/> cílios postiços <input type="radio"/> peruca <input type="radio"/> mega hair <input type="radio"/> unhas postiças	Outro: _____
O(a) senhor(a) trouxe exames?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Caso seja mulher, apresenta atraso menstrual?	<input type="radio"/> Não se aplica <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Data da última menstruação: ____ / ____	
Caso esteja grávida, especifique quantas semanas: _____	

Declaro que as informações descritas acima são verdadeiras

Paciente

Acompanhante

Nome completo: _____ Assinatura _____