

**Anästhesie-Sprechstunde Tel. : Brig: intern 43045 extern 027 604 30 45**  
**Visp: intern 42199 extern 027 604 21 99**

**Este questionario deve ser preenchido na unidade de avaliação pré-operatória.**  
**O seu médico ou o enfermeiro da unidade vão ajuda-lo a preencher**

Apelido : ..... Nome : ..... Profissão : .....

Altura : .....cm Peso : .....Kg Idade : .....anos

1. Faz medicação diariament em casa ? Não  Sim   
 Se sim para que doenças

2. Se for do sexo feminino : Podera estar grávida ? Não  Sim

3. Faz medicação diaria ? Não  Sim

Se sim quais são os medicamentos :

Nome dos medicamentos	Dosagem	De manhã	Meio-dia	Noite

4. Ja alguma vez foi operado ? Não  Sim  Se sim, ao que foi operado e quando?

Outros internamentos hospitalares	Ano

5. Teve complicações anestésicas (depois de uma anestesia) quando foi submetido as operações ? Se sim, quais ? Não  Sim

.....

Alguma pessoa da sua familia sofreu complicacões anestésicas ?

Não  Sim

Da sua familia alguem sofre de doenças musculares ?

Não  Sim

**Alguma vez sofreu dos seguintes problemas abaixo mencionados :**

6. Doenças musculares ou diminuição da força muscular ?

Não  Sim

7. Doenças cardiacas (Enfarte agudo do miocardio ;palpitações, angina de peito, dificuldade respiratoria em subir escadas) ?

Não  Sim

8. Doenças do aparelho circulatorio (Hipertensão arterial, caimbras, trombozes, embolias, hemorragia et varizes )?

Não  Sim

9. Doenças do aparelho respiratorio (tuberculose,pneumonia,asma, bronquite) ?

Não  Sim

10. Doenças do figado e vesicula (ictericia) ?

Não  Sim

11. Doenças do aparelho urinario (Pedra no rim, infeccões urinarias ou de um rim) ?

Não  Sim

12. Doenças metabolicas (Diabétes, acido urico) ?

Não  Sim

13. Doenças endocrinas (problemas da tiroide)

Não  Sim

14. Problemas oculares (catarata ou gloucoma) ?

Não  Sim

15. Doenças neurologicas (epilépsia, paralisia) ?

Não  Sim

16. Problemas de alteraçãõ do comprtamento (depressãõ) ?

Não  Sim

17. Doenças do aparelho esquelético

Não  Sim

18. Doenças no sang ou problemas de coagulaçãõ ?

Não  Sim

19. Allergias ?

Não  Sim

\_Se sim, quais ?.....

20. Sofre de outra doença não mencionada na lista ?

Não  Sim

Se sim, quais ? .....

21. Tem uma prothése dentaria ?

Não  Sim

22. E fumador ?

Não  Sim

Se sim quantos cigarros fuma por dia .....? A quantos anos ?.....

23. Consome alcool diariamente ?

Não  Sim

Se sim, qual a quantidade diaria ?.....

Tem alguma informaçãõ para acrescentar ?

Data :.....

Assinatura :.....