

Protocolo de Cirurgia Segura
Avaliação Pré-Consulta

Nome _____ Data de Nascimento __/__/__ Data __/__/__

Marque “Sim” ou “Não” no questionário abaixo

Assinale abaixo os sintomas que você tem ou teve nos últimos 12 meses
Nome do médico:
Nome do paciente:

Sintomas Clínicos: Assinale entre os itens a seguir

Sim	Não	1. Pré-Consulta
		1. Você já teve Dor de Estômago, Febre, Náuseas, Vômitos, Constipação, Perda de Peso, sudorese, alteração de Hábitos alimentares associados a sua queixa atual
		2. Você já teve perda de apetite, sensação de plenitude, alterações de hábitos intestinais, constipação, diarreia, gases, hemorroidas, fome ou sede intensa, dor ao engolir, sangue nas fezes associados a sua queixa atual
		3. Você é portador de alguma doenças crônica – DM, HAS, Angina, IAM, DPOC?
		4. Você é portador de alguma doença – Artrite, Asma, Câncer, Enfisema, Doença Cardíaca, Hepatite, Hérnia, Colesterol alto, Doença do Rim, Doença do Fígado, Problema de Próstata?
		5. Você tem dor no peito, pressão alta, palpitações, problema de circulação, inchaço nas pernas ou varizes?
		6. Faz uso de alguma Medicação de uso contínuo?
		7. Você já esteve internado por qualquer motivo?
		8. Você tem algum tipo de alergia?
		9. Você faz algum tipo de atividade física regularmente?
		10. Algum familiar seu tem doença semelhante a que você está apresentando?
		11. Você faz uso de bebida alcoólica ou fuma ?
		12. Você possui religião?
		13. Você já teve alguma das seguintes doenças: Anemia, Insuficiência renal, Neoplasia, Esplenomegalia, Infecção, foi submetido a Radioterapia ou Quimioterapia?
		14. Você já teve alguma história de sangramento?
		15. Caso você seja do sexo feminino há suspeita de gravidez?
		16. Você já foi submetido a alguma cirurgia?
		17. Você tem facilidade de formação de queloides ou cicatriz hipertrófica?
		Você tem alguma informação importante para auxiliar no planejamento operatório que não esteja acima?
Assinatura:		
Observações		

		2. Hospitalização
ANO	HOSPITAL	Motivo para internamento e resultado
		Você tem alguma informação importante para auxiliar no planejamento operatório que não esteja acima?

Assinatura:
Observações

SIM	NÃO	3. Você é acompanhado regularmente por algum Clínico Geral ou Cardiologista
		Nome: Contato:
		Nome: Contato:
		Você tem alguma informação importante para auxiliar no planejamento operatório que não esteja acima?
Assinatura:		
Observações		

Declaro que todas informações acima são verdadeiras de acordo com meu conhecimento e não poderei culpar o médico ou sua equipe por quaisquer erros ou omissões no preenchimento desse formulário.

Assinatura do paciente

Data

SIM	NÃO	4. Avaliação e discussão do formulário com o paciente
		Este formulário foi avaliado e discutido pelo médico em conjunto com o paciente
		Há algum cuidado adicional para o procedimento cirúrgico a que esse paciente deve ser submetido?
Assinatura:		
Observações		

Declaro que Todas informações são estritamente confidenciais e acessadas exclusivamente pelo Dr. Gustavo de Almeida e médicos da equipe sendo utilizado única e exclusivamente para o planejamento do melhor tratamento.

Assinatura do médico

Data