



**HOSPITAL DE SANTA MARIA  
SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA**

Diretor: Prof. Dr. Lucindo Ormonde

Responsável Anestesiologia Pediátrica: Dra. M<sup>a</sup>. Domingas Patuleia

**CONSULTA ANESTESIOLOGIA PEDIÁTRICA**

**IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ NID: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Data prevista para cirurgia: \_\_\_\_\_

Cirurgia proposta: \_\_\_\_\_

Toda a informação é importante para a segurança da criança. Agradecemos a sua colaboração.

**ASSINALE COM X:**

**Alergias a medicamentos ou outras?** NÃO  SIM  Se SIM, quais? \_\_\_\_\_

**Plano Nacional de Vacinação atualizado?** NÃO  SIM

**Criança prematura?** NÃO  SIM  Se SIM, N<sup>o</sup> semanas \_\_\_\_\_

**Necessitou de Cuidados Intensivos?** NÃO  SIM  Se SIM, tempo \_\_\_\_\_

**Paragem respiratória no doente ou irmão?** NÃO  SIM

**Problemas médicos (assinale com X se a criança tiver):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma ou bronquite                        | <input type="checkbox"/> Convulsões/epilepsia                  |
| <input type="checkbox"/> Infecções respiratórias frequentes       | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos                |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade em respirar                  | <input type="checkbox"/> Problemas no coração                  |
| <input type="checkbox"/> Ressonância/apneia do sono               | <input type="checkbox"/> Problemas de rins                     |
| <input type="checkbox"/> Regurgitação/bolçar/refluxo de alimentos | <input type="checkbox"/> Problemas de fígado                   |
| <input type="checkbox"/> Sufoca facilmente com o choro            | <input type="checkbox"/> Problemas de sangue (anemia e outros) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de desenvolvimento             | <input type="checkbox"/> Problemas de músculos, ossos ou pele  |
| <input type="checkbox"/> Outros _____                             |  |

Se assinalou X, especifique \_\_\_\_\_

**Medicamentos diários?** NÃO  SIM  Se SIM, quais? \_\_\_\_\_

**Operações anteriores?** NÃO  SIM  Se SIM, quais? \_\_\_\_\_

**Problemas com anestésias anteriores?** NÃO  SIM  Se SIM, quais? \_\_\_\_\_

**Familiar com problemas com a anestesia?** NÃO  SIM

**Internamentos anteriores?** NÃO  SIM  Se SIM, porquê? \_\_\_\_\_

**Já recebeu sangue?** NÃO  SIM

**Mais alguma informação que devemos saber sobre a criança?** \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_