Etiqueta:

Questionário pré-exame de Broncoscopia:

Marque um X nos questionamentos abaixo:

( ) Estou em jejum absoluto desde as_____horas

( ) Estou com acompanhante maior de idade

( ) Trouxe meus exames Radiografia ou tomografia de pulmão (feitos fora deste hospital)

( ) Não trouxe, porque meus exames foram feitos neste hospital (está no sistema)

( ) Sou fumante _____ maços há _____ anos

( ) Estou grávida. Quantas semanas? _____

Você tem alguma das doenças abaixo?

( ) Diabetes

( ) Pressão alta ou hipertensão arterial

( ) Doença do coração. Qual? _____

( ) Asma ou bronquite? _____

( ) Câncer. Qual? De onde? _____

( ) Fez ou faz quimioterapia ou ( ) radioterapia _____

( ) Doença dos Rins? Qual? _____

( ) Transplante? De que local? _____

( ) Outra doença? Qual? _____

( ) Suspendi medicamento para fazer este exame. Qual? _____

*Tem alguma alergia a medicamentos ( ) Sim ou Não ( ). Qual?_____

* Tem alguma alergia alimentos ( ) Sim ou Não ( ). Qual?_____

*Já fez anestesia geral prévia ( ) sim ou não ( )? _____

Medicações em uso: _____

_____