

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIO PARA GASTROPLASTIA

CIRURGIA A SER REALIZADA: () BARIÁTRICA - () HERNIORRAFIA - () COLECISTECTOMIA
() VÍDEO OU () CORTE () BYPASS OU () SLEEVE

NOME DO PACIENTE: _____

FATORES DE RISCO:

Alergias: () Não () Sim Qual/Quais? _____

Doenças associadas: () Não () Sim Qual/Quais? _____

Cirurgias anteriores: () Não () Sim Qual/Quais? _____

Medicamentos de uso contínuo: () Não () Sim Qual/Quais? _____

Início da obesidade: () Infância () Adolescência () Pós casamento () Pós gestação () Fase adulta

Tratamento para obesidade: () Dietas ou medicamentos () Outros: _____

HÁBITOS:

Tabagismo: () Não () Sim () Ex-tabagista desde _____

Etilismo (bebida alcoólica): () Não () Sim () Socialmente

Sono e repouso: Ronco () Não () Sim - Apneia (para de respirar enquanto dorme) () Não () Sim

Alterações na urina: () Não () Sim - Alterações na evacuação: () Não () Sim

SOMENTE MULHERES:

Refere alterações na menstruação: () Não () Sim Data da última menstruação: ____/____/____

Atividade sexual ativa? () Não () Sim Está amamentando? () Não () Sim

EXAME FÍSICO (PREENCHER):

Como se sente: () Calmo () Ansioso () Apático () Preocupado () Agressivo

Deficiência visual: () Não () Sim Qual? _____

Deficiência Auditiva: () Não () Sim Qual? _____

Usa prótese dentária (móvel): () Não () Sim (Se sim, retirar antes da cirurgia).

Dores no corpo? () Não () Sim Local? _____

Passou em avaliação com equipe multidisciplinar? () Sim

Data da cirurgia: ____/____/____ com a Equipe Be.Live, no Hospital Angelina Caron.

Informo que recebi por escrito todas as orientações de enfermagem sobre as fases pré, intra e pós operatórias e também as recebi no termo de consentimento pré informado.

Assinatura do paciente: _____ CPF: _____

Campina Grande do Sul, ____/____/____