

**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIO PARA GASTROPLASTIA**

**CIRURGIA A SER REALIZADA:** ( ) BARIÁTRICA ( ) HERNIORRAFIA ( ) COLECISTECTOMIA  
( ) VÍDEO ( ) ROBÓTICA ( ) BYPASS ( ) 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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_