

Cuestionario de anestesia

Para evaluar su riesgo anestésico, responda a las siguientes preguntas y traiga el cuestionario cumplimentado a la consulta de anestesia de la 1ª planta.

SI NO DOMINA EL ALEMÁN O EL INGLÉS, TRAIGA CONSIGO A ALGUIEN DE CONFIANZA QUE PUEDA TRADUCIRLE.

Apellidos, nombre: _____ nacido el: _____

Altura: _____ cm Peso: _____ kg Operación: _____

¿Está bajo tratamiento médico constante o ha recibido tratamiento médico en las últimas semanas?

En caso afirmativo, ¿por qué? _____

¿Toma medicación con regularidad??

En caso afirmativo, traiga su plan de medicación o rellene la tabla:

Medicamento	Dosis (mg, Unidades...)	Tiempo y cantidad				desde cuándo
		por la mañana	al mediodía	por la noche	antes de dormir	

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Ha tenido alguna reacción alérgica a algún medicamento o sustancia en el pasado?
Si es el caso, ¿cómo reaccionó? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se ha sometido a alguna intervención quirúrgica en el pasado?
Si es el caso, ¿cuál? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha habido complicaciones durante la operación?
Si es el caso, ¿cuáles? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hubo complicaciones o problemas con la anestesia o la anestesia local?
Si es el caso, ¿cuáles? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Conoce a alguien de su familia de sangre que haya tenido problemas con la anestesia?
Si es el caso, ¿cuáles? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	No	Sí		No	Sí
¿Usted o sus parientes consanguíneos tienen predisposición a la fiebre alta durante/después de la anestesia (hipertermia maligna)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está en tratamiento por hipertensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido una transfusión de sangre en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alguna enfermedad pulmonar conocida? En caso afirmativo, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hubo alguna complicación durante una transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Necesita administrarse oxígeno en casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede subir dos tramos de escaleras sin quedarse sin aliento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ronca por la noche con pausas en la respiración o padece apnea del sueño ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha desmayado alguna vez por motivos poco claros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Utiliza un dispositivo CPAP/BIPAP por la noche? En caso afirmativo, lleve consigo la configuración del dispositivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido un infarto o un ataque al corazón en el pasado? ¿Cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufre de ardor de estómago constante o padece una enfermedad de reflujo conocida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un estrechamiento conocido de las arterias coronarias (cardiopatía coronaria)? ¿Sufre dolor torácico de esfuerzo (angina de pecho)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alguna enfermedad hepática conocida? En caso afirmativo, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han colocado stents coronarios ? ¿Cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene insuficiencia renal que requiera diálisis ? ¿Desde cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha sometido a un bypass coronario? ¿Cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es usted diabético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe si padece insuficiencia cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El paciente padece diabetes mellitus de tipo I (insulinodependiente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene una anomalía valvular cardíaca o una malformación congénita del corazón? En caso afirmativo, ¿cuáles? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted o sus parientes consanguíneos padecen alguna enfermedad muscular congénita conocida? En caso afirmativo, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha operado el defecto/malformación valvular? ¿Cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene algún trastorno tiroideo conocido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre arritmia cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufre algún trastorno nervioso? En caso afirmativo, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han colocado un marcapasos o un desfibrilador ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha sufrido alguna vez un ataque epiléptico? ¿Cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido un derrame cerebral o un trastorno temporal del habla en el pasado? ¿Cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene la presión intraocular elevada (glaucoma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene una estenosis conocida de la arteria carótida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufre algún trastorno de la columna vertebral o de las articulaciones? En caso afirmativo, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un estrechamiento conocido de los vasos sanguíneos de las piernas o sufre dolores similares a calambres al caminar durante períodos prolongados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dientes flojos o lleva dentadura postiza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido alguna trombosis o embolia pulmonar en el pasado? ¿Cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Llevas piercing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sangra más de lo normal o ha tenido alguna complicación hemorrágica durante una operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está embarazada o en periodo de lactancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿Bebe alcohol con regularidad? ¿Cuánto por semana? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿Consume drogas con regularidad? ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			¿Ha padecido o padece alguna enfermedad infecciosa (por ejemplo, hepatitis, VIH/sida, tuberculosis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>