

ANEXO B
Questionários pré-operatórios

Dados de identificação:

1. Identificação código: _____
2. Proveniência: _____ Telefone: _____
3. Lugar de aniversário: _____
4. Data de aniversário: ____/____/____
5. Idade: _____
6. Sexo () F () M () Indeterminado
7. Endereço: _____
8. Vizinhança: _____
9. Peso altura: _____
10. IMC: _____
11. Comorbidades associadas? () HAS () DM () Obesidade () Doenças cardiovasculares
() Outros: _____
12. Você fuma? () Frequência?
13. Alergias: () Sim, a qual medicamento? _____ () Não
14. Neurocirurgia anterior () sim () não, se sim, qual? _____
15. Anterior craniotomia () ou craniectomia ()
16. Medicamentos em uso () Sim () Não
a. Qual? _____

17. Você é alérgico a algum medicamento antiinflamatório ou analgésico específico?
_____.
18. Diagnóstico: _____
19. CID: _____
20. Neurocirúrgico Proposta: _____