

## CUESTIONARIO PREANESTÉSICO

---

NHC: \_\_\_\_\_ (a rellenar por la clínica)

NOMBRE	APELLIDOS
DNI	Fecha de nacimiento
TELÉFONO	

### LÉALO CON ATENCIÓN

Para facilitar la evaluación de su estado actual de salud le pedimos que complete el siguiente cuestionario. Se trata de unas preguntas sencillas con respuestas tipo SI / NO que deberá marcar con un círculo sobre la que crea más adecuada. En el caso que no sepa responder, no se preocupe, ya que lo podrá completar con el anestésista. Por favor, aporte el día de la intervención su peso, talla y cifra de TA.

#### 1. ALERGIAS SI/NO

- Alimentos (huevo, cacahuete, soja, frutas,...) \_\_\_\_\_
- Fármacos (antiinflamatorios, antibióticos como las penicilinas, etc...) \_\_\_\_\_
- Ácaros, polvo, polen, pelo de animales \_\_\_\_\_
- Látex (preservativos, guantes, etc...) \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

#### 2. HÁBITOS PERJUDICIALES PARA LA SALUD.

- ¿FUMA? SI/NO En caso afirmativo, señale el Nº de cigarrillos/día
- ALCOHOL SI/NO En caso afirmativo, señale diario/ esporádicamente
- OTRAS SUSTANCIAS SI/NO En caso afirmativo, diga cuáles.

#### 3. ENFERMEDADES ACTUALES. Haga una X al lado de aquellas que padezca.

- OBESIDAD
  
- CARDIOVASCULARES
  - HIPERTENSIÓN
  - ANGINA O INFARTO DE MIOCARDIO
  - ARRITMIAS/PALPITACIONES
  - INSUFICIENCIA CARDIACA, VALVULOPATÍAS
  - PORTADOR DE MARCAPASOS
  - ANTECEDENTES DE TROMBOSIS/TROMBOEMBOLISMO
  - OTRAS
  
- RESPIRATORIO
  - ¿RONCADOR NOCTURNO? ¿APENA DEL SUEÑO? En caso afirmativo, indique si usa máquina para ayudarle a dormir (CPAP).
  - ASMA
  - ENFERMEDAD PUMONAR OBSTRUCTIVA (EPOC)
  - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DE OTRA CAUSA
  
- ENDOCRINO
  - DIABETES MELLITUS. En caso afirmativo, indique si se trata con insulina.
  - HIPO/HIPERTIROIDISMO

- HIPO/HIPERPARATIROIDISMO
- INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

- RENAL

- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

- ¿Toma diuréticos?
- ¿Es paciente en diálisis? En caso afirmativo, indique los días de la semana en que se dializa.

- DIGESTIVOS

- Problemas hepáticos (Hepatitis aguda o crónica ya tratada, hepatopatía crónica, cirrosis,...)
- Problemas de reflujo estomacal cuando come y se tumba. Antecedentes de hernia de hiato.

- HEMATOLÓGICOS

- Anemia aguda o crónica de cualquier causa.
- Problemas relacionados con la coagulación de la sangre.
  - alteraciones relacionadas con las plaquetas.
  - alteraciones por déficit de factores de la coagulación.

- NEUROLÓGICOS

- Antecedentes de accidentes cerebrovasculares (ACV/ictus).
- Enfermedades degenerativas (tipo Alzheimer, Parkinson, etc...)
- Enfermedades desmielinizantes (ELA, esclerosis múltiple, ...)
- Enfermedades de motoneurona (distrofia miotónica Steinert, Duchenne, etc...)

4. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS. ¿Le han operado alguna vez? NO SI

INTERVENCIÓN	TIPO DE ANESTESIA	AÑO

- ¿Tuvo problemas con la anestesia? NO SI

5. TRATAMIENTO ACTUAL. Escriba los medicamentos que toma (recuerde que también son medicamentos los aerosoles para el pulmón, gotas oftálmicas, cremas recetadas por su médico, etc...):

¿Toma alguna medicación que sea antiagregante o anticoagulante? Clopidogrel (Plavix®), Ácido acetilsalicílico (Aspirina®), Ticagrelor (Brilique®), Prasugrel (Efient®), Dabigatrán (Pradaxa®), Rivaroxabán (Xarelto®), Apixabán (Eliquis®), Edoxabán (Eliquis®), Acenocumarol (Sintrom®), Warfarina (Aldocumar®).

¿Esta en tratamiento con heparina subcutánea?

