

# praxisgemeinschaft ambulante anästhesie

manfred schlechtriem | oliver asbach | michael rupprecht | elmar stein

am waldschlößchen 3 | 44795 bochum | fon 0172 9365202 | fax 0234 95294946  
www.praxisgemeinschaft-anaesthesie.de

Allgemeiner Anamnesebogen: **PORTUGIESISCH**

## Formulário Geral para Anamnese

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
Sobrenome: ..... Nome: ..... Data de nascimento: .....

Endereço: Adresse: .....

Ist eine Versicherung vorhanden? Ja, bei ..... nein .....  
Titular de seguro? Sim, possuo o seguro ..... Não: .....

Prezado(a) Paciente,

É importante ressaltar que doenças existentes (ou pré-existentes) podem comprometer o resultado final do seu tratamento. Sendo assim, a fim de evitar qualquer prejuízo ao seu tratamento, solicitamos o preenchimento do formulário abaixo com a devida atenção. As informações abaixo serão tratadas como confidenciais, e serão utilizadas, somente, para adequar o tratamento ao seu estado de saúde.

**Marque um "X" na resposta correta, e quando necessário, complemente as perguntas abaixo:**

- Faz uso de medicamentos regularmente? *Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?* Sim Não  
Caso afirmativo, qual (ais)? *Wenn ja, welche?* .....
- Faz uso de algum medicamento que possa alterar a coagulação sanguínea, Sim Não  
tal como Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)?  
*Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z. B. Marcumar, Pradaxa, Xarelto)?*  
Caso afirmativo, qual (ais)? *Wenn ja, welche?* .....
- Apresenta intolerância a algum medicamento? Sim Não  
*Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?*  
Caso afirmativo, qual(ais)? *Wenn ja, welche?* .....
- Apresenta reações alérgicas? *Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?* Sim Não  
– Determinados Materiais? *Bei bestimmten Materialien?* Sim Não  
– Determinados Medicamentos? *Bei bestimmten Arzneimitteln?* Sim Não  
– Determinados Alimentos? *Bei bestimmten Nahrungsmitteln?* Sim Não
- Apresenta reações alérgicas a: *Haben Sie eine*  
– Penicilina? *Penicillinallergie?* Sim Não  
– Iodo? *Jodallergie?* Sim Não  
– Latex? *Latexallergie?* Sim Não
- É (ou foi) portador de alguma doença cardíaca? *Haben o. hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?* Sim Não  
– De nascença ou adquirida posteriormente? *Angeborener o. erworbener Herzfehler?* Sim Não  
– Possui falhas ou próteses nas válvulas cardíacas? Sim Não  
*Herzklappenfehler o. Herzklappenprothese?*  
– Endocardite (infecção na membrana que envolve as válvulas)? Sim Não  
*Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?*  
– Operações cardíacas? *Herzoperationen?* Sim Não

- É portador de marcapasso? *Haben Sie einen Herzschrittmacher?* Sim Não
7. Sofre ou sofreu de algumas das doenças listadas abaixo? *Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?*
- Doenças infecciosas (ex.: Tuberculose, Hepatite, Aids)? *Infektionskrankheiten?* Sim Não
  - Doenças hepáticas? *Lebererkrankungen?* Sim Não
  - Doenças cardíacas (infarto, angina)? *Herzkrankungen?* Sim Não
  - Pressão alta? *Zu hoher Blutdruck?* Sim Não
  - Pressão baixa? *Zu niedriger Blutdruck?* Sim Não
  - Derrame? *Schlaganfall?* Sim Não
  - Doenças renais? *Nierenerkrankungen?* Sim Não
  - Diabetes? *Diabetes?* Sim Não
  - Tireoide? *Schilddrüsenerkrankungen?* Sim Não
  - Doenças e/ou problemas com coagulação sanguínea?  
*Blutkrankheiten o. Blutgerinnungsstörungen?* Sim Não
  - Doenças neurológicas? *Nervenerkrankungen?* Sim Não
  - Crises neurológicas (ex. epilepsia)? *Anfallsleiden?* Sim Não
8. Realizou algum procedimento cirúrgico no último ano? *Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?*  
Caso afirmativo, em que partes do corpo? *Wenn ja, in welchem Körperbereich?* Sim Não  
.....
9. Sofre (ou sofreu) algum tipo de trauma na mandíbula e/ou rosto? *Haben/hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?* Sim Não
10. Tolerava bem as anestésias aplicadas por dentistas? *Haben Sie die Spritzen beim Zahnarzt bisher gut vertragen?* Sim Não
11. Já sofreu hemorragia após uma extração dentária? *Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?* Sim Não
12. Já realizou algum tratamento dentário em decorrência de um problema geral de saúde?  
*Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?* Sim Não
13. Quando foi a última vez que foi submetido(a) a um exame de raio-x  
*Wann sind Sie zum letzten Mal geröntgt worden?*  
Em que partes do corpo? *In welchem Körperbereich?* .....
14. Somente pacientes mulheres: *Bei Frauen:*  
Está grávida neste momento? *Besteht eine Schwangerschaft?* Sim Não  
Caso afirmativo, em qual mês de gestação ?  
*Wenn ja, in welchem Monat?* .....
15. Nome e endereço do seu médico responsável? *Name und Anschrift des Hausarztes:* .....

Local, Data *Ort, Datum*

Assinatura do Paciente *Unterschrift des Patienten*