

Anexo III. Cuestionario de evaluación de la salud

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE NECESIDAD DE ESTUDIO PREANESTÉSICO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE UNA EXPLORACIÓN DE APARATO DIGESTIVO CON SEDACIÓN PROFUNDA

ESPACIO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA

Nombre:

FN:/...../.....

Nº Hª C:

A rellenar con el paciente

1. Síntomas que pueden indicar insuficiencia respiratoria o cardíaca

1.1 ¿Tiene sensación de ahogo o falta de aire en reposo, al vestirse o asearse? Sí ☐ No ☐

1.2 ¿Necesita 2 o más almohadas para dormir porque de lo contrario se ahoga? Sí ☐ No ☐

1.3 ¿Precisa de aporte de oxígeno o de equipos para ayudarlo a respirar? Sí ☐ No ☐

2. ¿Ha requerido ingreso hospitalario en los últimos 6 meses por problemas de corazón, pulmón, trombosis cerebral, descompensación de diabetes o alguna otra descompensación? Sí ☐ No ☐

3. ¿Toma alguno de los siguientes medicamentos?. Indíquelo Sí ☐ No ☐

☐ Acenocumarol (Sintrom), Warfarina, Dabigatrán, Rivaroxabán, Apixabán, Edoxabán

☐ Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Ticlopidina (Iscover, Plavix, Efiend, Brilique, Tiklid)

☐ 3 o más fármacos para control de la tensión arterial

4. ¿Obesidad moderada o mórbida? Índice Masa Corporal ≥ 35 Sí ☐ No ☐

5. ¿Enfermedad hematológica que requiera transfusión previa de plaquetas, plasma o factores de la coagulación? (Von Willebrand...) Sí ☐ No ☐

6. ¿Tiene alergia al huevo, soja o sulfitos? (contraindica uso del Propofol) Sí ☐ No ☐

7. ¿Exploración que por su complejidad pueda precisar intubación orotraqueal? (CPRE, Enteroscopia de balón) Sí ☐ No ☐

A rellenar por el Facultativo o Enfermera (con supervisión facultativa)

¿Necesita el paciente estudio preanestésico en consulta de preanestesia? Sí ☐ No ☐

La respuesta será afirmativa si se ha marcado SÍ en alguno de los 7 apartados anteriores.

Se realizará estudio preanestésico en consulta de preanestesia a los pacientes en los que se prevea un riesgo anestésico elevado, alteración hematológica que requiera transfusión, contraindicación del uso del Propofol o para las exploraciones complejas que puedan precisar intubación orotraqueal

Firma del Facultativo / Enfermera

Validez del cuestionario: 6 meses

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

**CUESTIONARIO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE UNA
EXPLORACIÓN DE APARATO DIGESTIVO CON SEDACIÓN PROFUNDA**
Para rellenar durante la consulta con el paciente.

ESPACIO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA

Nombre:

FN:/...../.....

Nº Hª C:

- | | |
|--|---|
| • ¿Padece o ha padecido del corazón? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Ha tenido alguna vez angina de pecho o infarto de miocardio? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Ha tenido arritmias que hay que tratar con medicamentos o lleva marcapasos? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Es hipertenso? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Padece de asma, EPOC, bronquitis, enfisema, u otra enfermedad respiratoria? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Padece de alguna enfermedad de la sangre: leucemia, linfoma, coagulopatía? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Padece del hígado? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Tiene diabetes? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Tiene problemas de tiroides? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Padece de riñón? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Ha tenido alguna trombosis o hemorragia cerebral? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Padece de epilepsia, convulsiones o pérdida de conciencia? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Usted o algún familiar ha tenido problemas en anestесias anteriores? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Es alérgico a medicamentos? indíquelo en el apartado de alergias | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Es alérgico a alimentos como huevo, soja o sulfitos? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Es alérgico al látex? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Fumador? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Etilismo? | Sí ☐ No ☐ |
| • ¿Padece de alguna enfermedad que no hayamos citado antes? | Sí ☐ No ☐ |
| ○ Especificar: _____ | |
| • Peso _____ Estatura _____ Índice masa corporal (IMC) = $\text{Peso} / \text{estatura}^2$ _____ | |

Medicación habitual (opcional adjuntar hoja de medicación):

Alergias (especificar):

Firma del paciente o representante legal

Validez del cuestionario: 6 meses

En _____ a _____ de _____ de 20____

DOCUMENTO 2

SOLICITUD EXPLORACIÓN APARATO DIGESTIVO BAJO SEDACIÓN PROFUNDA

LISTA DE COMPROBACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

- ☐ Solicitud exploración.
 - Especifica sedación profunda
- ☐ Consentimiento informado exploración.
 - Firmado por facultativo especialista.
 - Firmado por el paciente
- ☐ Protocolo preparación exploración.
- ☐ Cuestionario de valoración de necesidad de estudio preanestésico previo a la realización de una exploración de aparato digestivo con sedación profunda.
 - Firmado por facultativo especialista.

Si no necesidad de estudio preanestésico se adjuntará, además:

- ☐ Cuestionario previo a la realización de una exploración de aparato digestivo con sedación profunda.
 - Firmado por el paciente
- ☐ Consentimiento informado sedación anestésica.
 - Firmado por facultativo especialista.
 - Firmado por el paciente

ENTREGAR DOCUMENTACIÓN, PARA SU REVISIÓN, EN:

Consulta de enfermería de gastroenterología.

Ubicada en:

Edificio de consultas externas. Planta primera. Ala izquierda.
Junto a Secretaría de Aparato Digestivo.

Una vez revisada la documentación:

- La solicitud de exploración se enviará por correo interno a la unidad de exploraciones de aparato digestivo. En el sobre se especificará “solicitudes de exploraciones bajo sedación profunda”.
- Si no necesidad de estudio preanestésico: el resto de la documentación será introducida en un sobre con los datos del paciente y le será entregada. Esta documentación deberá aportarla el paciente el día de la exploración.
- Si necesidad de estudio preanestésico en consulta de preanestesia: se citará en consulta de preanestesia. Una vez realizada la preanestesia se adjuntará a la misma el resto de la documentación de aparato digestivo.