

PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA

Nome completo: _____

Data nascimento: ____ / ____ / ____

Nº atendimento: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CIRURGIA / PROCEDIMENTO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Idade: ____ Sexo: M F Peso (kg): ____ Altura (cm): ____ PA (mmHg): ____ FC (bpm): ____ FR: ____ Temp (°C): ____

AVALIAÇÃO CLÍNICA - REVISÃO DE SISTEMAS

CARDIOVASCULAR	RESPIRATÓRIO	GASTROINTESTINAL	NEUROLÓGICO
<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Angina/Coronariopatia <input type="checkbox"/> Infarto agudo no miocárdio <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca <input type="checkbox"/> Doença valvular <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Doença vascular periférica Tolerância ao exercício: <input type="checkbox"/> > 4 Mets <input type="checkbox"/> < 4 Mets <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Tabagista <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Apneia do sono <input type="checkbox"/> IVAS recente <input type="checkbox"/> Dependência de O2 <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Refluxo gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Doença hepática <input type="checkbox"/> Obstrução intestinal <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> AVC/AIT <input type="checkbox"/> PIC elevada <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Cefaleia crônica <input type="checkbox"/> Outras: _____
RENAL	MÚSCULO ESQUELÉTICO	ENDÓCRINO	HEMATOLÓGICO
<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Doença neuromuscular <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____ <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Doença hematológica <input type="checkbox"/> Tendência a sangramento <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Outras: _____
HÁBITOS SOCIAIS	CÂNCER	OBESO MÓRBIDO	GRAVIDEZ
<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO
<input type="checkbox"/> Tabagismo ____ cigarros/dia <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> SIM IMC: _____	<input type="checkbox"/> POSITIVO Idade gestacional: _____ semanas

COMENTÁRIOS

JEJUM (HORAS)	HISTÓRICO FAMILIAR	AVALIAÇÃO ASA
Sólido: _____	Problemas com anestesia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI
Líquido: _____	Tipo: _____	Emergência: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

ALERGIAS SIM NÃO

TIPO / AGENTE

TIPO DE REAÇÃO

MEDICAÇÃO EM USO SIM NÃO

QUAIS? _____

CIRURGIAS / ANESTESIAS PRÉVIAS SIM NÃO

TIPO/ANO: _____

AValiação DE VIA AÉREAHistória prévia de via aérea difícil? SIM NÃODistância tireomentoniana: > 5 cm (3 dedos) <5cmDistância inter-incisivos: > 3 cm <3cmFlexão / Extensão do pescoço: Normal LimitadaMallampati: IDentes: Conservados Precários Ausentes Prótese S/IPescoço: Normal Largo (>40cm) CurtoProtusão da mandíbula normal: SIM NÃOPrevisão de via aérea difícil? SIM NÃO

Outras: _____

HISTÓRIA DE NÁUSEA / VÔMITO NO PÓS-OPERATÓRIO? SIM NÃO

Tipo de procedimento: _____

EXAME FÍSICOESTADO MENTAL: Alerta e orientado Alerta e desorientado Sonolento Comatoso

Neurológico: _____

Respiratório: _____

Cardiovascular: _____

Outros: _____

AValiação COMPLEMENTAR**EXAME LABORATORIAL**

Tipagem sanguínea e fator Rh: _____

Hb: _____

Ht%: _____

Leuc: _____

Bast: _____

Na: _____

K: _____

Ur: _____

Cr: _____

Glicose: _____

Plaq: _____

PTT: _____

PT: _____

INR: _____

OUTROS EXAMES

OBSERVAÇÕES

PLANEJAMENTO ANESTÉSICO

ANESTESIOLOGISTA - ASSINATURA E CARIMBO

_____/_____/_____-_____:_____
DATA E HORA



PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA

Nome completo: _____

Data nascimento: ____ / ____ / ____

Nº atendimento: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Eu, abaixo identificado (a), declaro que fui informado(a) pelo Dr(a). _____ quanto aos principais aspectos relacionados ao **Procedimento Anestésico** ao qual serei submetido(a), complementando as informações prestadas pelo meu médico assistente e, tendo recebido todas as informações a respeito do procedimento e seu método, autorizo ser submetido(a) à realização do mesmo, sem o que seria impossível a realização da cirurgia a qual também serei submetido(a).

Autorizo o(s) médico(s) abaixo identificado(s) a realizar o seguinte procedimento anestésico: _____

Declaro ainda que:

1) Tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através do médico anesthesiologista que me examinou, tendo a oportunidade de receber todos os esclarecimentos e informações necessárias à minha perfeita compreensão sobre os aspectos ligados ao ato anestésico ao qual serei submetido(a).

2) Prestei ao(s) médico(s) anesthesiologista(s) todas as informações relativas à minha condição de saúde física e psicológica que possam interessar aos procedimentos.

3) Os riscos inerentes ao ato anestésico me foram informados de forma clara e em linguagem coloquial pelo Médico Anesthesiologista.

4) Apesar de todos os esclarecimentos prestados, persistem dúvidas? Não Sim: _____

Confirmando que recebi todas as explicações de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina, compreendo e concordando com tudo que me foi esclarecido, sendo-me concedida a oportunidade de desistir da realização do procedimento, anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras neste termo com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas de forma igualmente compreensível.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 _____. - Hora ____ : ____

Paciente Responsável

Nome legível: _____ CPF: _____

Assinatura: _____ Grau de Parentesco: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente ao paciente e/ou seu responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento acima descrito, tendo o paciente e/ou seu responsável entendido tudo que lhe foi explicado.

Médico (Nome completo): _____

CRM: _____ Assinatura: _____

Em situações de Emergência, dois médicos deverão se identificar e assinar este documento, justificando a impossibilidade de se extrair o consentimento do paciente.