

Tipo do Documento	DOCUMENTO MÉDICO		
	CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 16/09/2025 Versão:001	Próxima revisão:

Nome:				Data: ____/____/____			
Cirurgia proposta:				Nº Prontuário:			
Idade:		Altura:		Peso:		Peso ideal corrigido: _____ kg	
IMC: kg/m ²	Tax: °C	PA: mmHg	FC: bpm	FR: irpm	SpO2		
Dor:							
Adulto (0 a 10) _____ Criança (0 a 5) _____							
Sistema Cardiovascular:		Sistema Respiratório:		Sistema Digestivo:			
Sistema Urogenital:		Sistema Endócrino:		Sistema Neurológico:			
Sistema Locomotor:		Capacidade Funcional		Outros:			
		☐ > 4 MET	☐ < 4 MET				
AVALIAÇÃO DE VIA AÉREA		☐ História de VAD	☐ Ausência de dentes	☐ Distância Esterno/mento < 12,5	☐ Mobilidade cervical diminuída		
		☐ Deformidades da coluna		☐ Mallampati () I () II () III () IV			
JEJUM:							

Tipo do Documento	DOCUMENTO MÉDICO		
	CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 16/09/2025 Versão:001	Próxima revisão:

Cirurgia/ Anestesia prévia: _____ _____ _____ _____	☐ Histórico Familiar de Hipertermia Maligna	☐ Tabagismo (Carga tabágica:___ maços/ano)
	☐ Etilismo	☐ Uso de tóxicos ☐ Alergias:

Uso de medicamentos (Medicação/ Dose/ Posologia)

1 - _____	7- _____
2 - _____	8- _____
3 - _____	9- _____
4- _____	10- _____
5- _____	11- _____
6- _____	12- _____

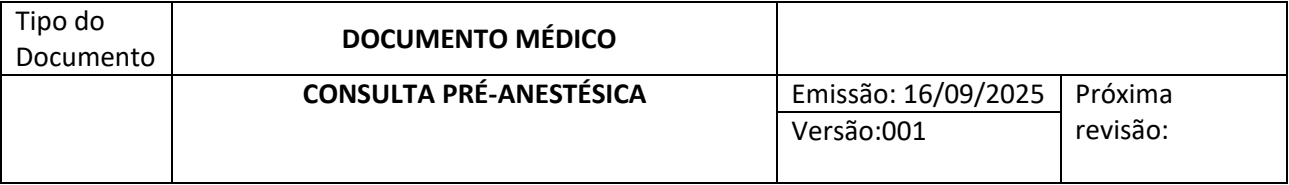
Exames Laboratoriais:	Exames de Imagem:	ECG:
ASA ☐ I	☐ II	☐ III
LEE ☐ I	☐ II	☐ III
		☐ IV
		☐ E

Medicação pré-anestésica: _____

Observações e Recomendações:

Planejamento Anestésico:

Conduta () Liberado para cirurgia



	☐ Encaminhado para Avaliação de risco cirúrgico (cardiologista) ☐ Necessário exames adicionais, _____
Anestesiologista:	_____ Assinatura/CRM