

AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

Paciente: _____ Idade: _____ DN: ____/____/____

Cirurgia Proposta: _____ Cirurgião: _____ Convênio: _____

☐ Eletiva ☐ Urgência/Emergência

ASA: _____ Anestesia Proposta: _____

JEJUM

☐ >8h ☐ >6h fórmula infantil ☐ > 4h leite materno ☐ sem jejum – Jejum às _____

MEDICAÇÕES EM USO

ALERGIAS E REAÇÕES ☐ Nega

☐ Medicação _____

☐ Látex ☐ Iodo ☐ Clorexidina ☐ Esparadrapo ☐ Micropore ☐ Alimento

☐ Atopia ☐ Mal estar ☐ Rush Cutâneo ☐ Prurido ☐ Dispneia ☐ Edema de glote ☐ Angioedema ☐ Choque Anafilático ☐ PCR ☐ Sintomas Extrapirais

CIRURGIAS PRÉVIAS ☐ Nega

ANESTESIAS PRÉVIAS ☐ Nega

☐ Anestesia geral ☐ Raquianestesia ☐ Peridural ☐ Bloqueio de plexo braquial

☐ Sedação ☐ Outras: _____

INTERCORRÊNCIA ANESTÉSICAS ☐ Nega

☐ NVPO ☐ Cefaleia após BNE ☐ Reação Anafilática ☐ História de Via Aérea

Difícil ☐ Hipertermia Maligna ☐ TEP ☐ PCR ☐ Outras: _____

CARDIOVASCULAR ☐ Nega

☐ HAS ☐ IAM _____ ☐ Stent ☐ Angina ☐ Valvulopatia _____
☐ Arritmia _____ ☐ Marca-passo ☐ Chagas ☐ IC ☐ DAOP ☐ Outras _____

RESPIRATÓRIO ☐ Nega

☐ Asma ☐ Bronquite ☐ DPOC ☐ Dependência de O₂ ☐ Dispneia ☐ Apneia do Sono ☐ IVAS recente ☐ Tosse ☐ Febre ☐ Tuberculose ☐ Pneumonia ☐ Última internação há _____ ☐ Outras: _____

ENDÓCRINO ☐ Nega

☐ Diabetes ☐ Hipertireoidismo ☐ Hipotireoidismo ☐ Feocromocitoma ☐
Obesidade ☐ Dislipidemia ☐ Outras: _____

GASTROINTESTINAL/HEPÁTICO ☐ Nega

☐ DRGE ☐ Hérnia hiatal ☐ Gastrite/ Úlcera ☐ Cirrose ☐ Icterícia ☐ Obstrução intestinal ☐ Outras: _____

NEUROLÓGICO ☐ Nega

☐ Cefaleia crônica ☐ Convulsões. Última crise há _____ ☐ AVCI há _____ ☐
AVCH há _____ ☐ Lesão Medular ☐ TCE ☐ Déficits _____ ☐ Neuropatia ☐
Depressão ☐ Ansiedade ☐ Outras: _____

RENAL ☐ Nega

☐ DRC ☐ Diálise. Última há _____ ☐ Rim único ☐ Cálculos ☐ Infecções
☐ Outras: _____

HEMATOLÓGICO ☐ Nega

☐ Transfusão prévia há _____ ☐ Plaquetopenia ☐ Anemia ☐ PTI ☐
Hemofilia ☐ Sangramentos ☐ Outras: _____

EXAMES LABORATORIAS

Hb _____ Ht _____ PQT _____ TP _____ TTPa _____ INR _____ Na _____ K _____
Glic _____ Mg _____ Ca _____ Ur _____ Cr _____ Lactato _____ Troponina _____
_____ CKMB _____ PCR _____ URINA _____

Gasometria ☐ arterial ☐ venosa: _____

Outros: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

Avaliação cardiológica (/ /): _____

ECG (/ /): _____

ECO (/ /): _____

CATE (/ /): _____

TE (/ /): _____

OUTROS: _____

ORIENTAÇÕES PRÉ – OPERATÓRIAS:

☐ Jejum de 8 horas para água, leite e alimentos sólidos. ☐ Jejum de 6h para fórmula infantil. ☐ Jejum de 4h para leite materno.

☐ Suspende medicações: _____

☐ Pós-operatório em UTI ☐ Reserva de hemoderivados _____

☐ Solicito exames adicionais: _____

☐ No dia da cirurgia retirar óculos, joias, piercings, lentes de contato, próteses dentárias, aparelho ortodôntico móvel, maquiagem, cílios postiços, cremes/hidratantes, esmalte das unhas e, se possível, retirar a barba.

☐ Outras: _____

ANESTESIOLOGISTA: _____ DATA: ____ / ____ / ____

MUSCULO ESQUELÉTICO ☐ Nega

☐ Hérnia de disco ☐ Escoliose ☐ Lombalgia ☐ Lombociatalgia ☐ Artrite/artrose ☐
LES ☐ Dor Crônica ☐ Fratura ☐ Musculodistrofia ☐ Outras: _____

GRAVIDEZ - GPAC ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Aborto IG: DUM? _____

INFECCIOSO ☐ Nega ☐ HIV ☐ Hepatite _____ ☐ Tuberculose ☐
Outras: _____

VÍCIOS ☐ Nega ☐ Tabaco ☐ Cigarro eletrônico ☐ Álcool ☐ Drogas
ilícitas _____

CÂNCER ☐ Nega

Local _____ ☐ Quimioterapia. Última há _____. ☐ Radioterapia.
Última há _____.

EXAME FÍSICO

Peso _____ kg Altura _____ m Estado Geral _____.

PA _____ X _____ mmHg FC _____ bpm FR _____ ipm SatO2 _____ % Temp _____ °C

TEC _____ seg

Cardíaco: _____ Respiratório: _____

Abdominal: _____ Neurológico: _____

VIAS AÉREAS

☐ História de VAD ☐ SAOS ou roncos ☐ Dentição precária ☐ Aparelho
ortodôntico ☐ Prótese dentária móvel ☐ Edêntulo ☐ Retrognata ☐ Prognata ☐
Presença de barba ☐ Pescoço largo ☐ Mobilidade cervical limitada ☐ Síndrome
_____.

Mallampati ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV Distância interincisivos ☐ >3cm ☐ <3cm

Distância esterno – mento ☐ > 12,5cm ☐ < 12,5cm

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Paciente: _____ Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Cirurgia Proposta: _____ Cirurgião: _____

Anestesia Proposta: _____ Anestesia alternativa: _____

☐ Eletiva

☐ Urgência/ Emergência

- 1- Autorizo a realização do procedimento anestésico proposto por um(a) anesthesiologista do Hospital Frei Anacleto - Anesthesiologia de Goiatuba, podendo ser realizada uma anestesia alternativa caso ele(a) julgue necessário.
- 2- A proposta do procedimento anestésico, seus benefícios, riscos, potenciais complicações e alternativas me foram explicados claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas. Tais perguntas foram respondidas satisfatoriamente e minhas dúvidas esclarecidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para ser alcançado/obtido o melhor resultado.
- 3- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos.

Nome legível do paciente ou responsável: _____

Assinatura: _____

Expliquei todo o procedimento anestésico proposto ao paciente e/ou responsável acima identificado, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas dos mesmos. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Anesthesiologista: _____