

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ- ANESTÉSICA

PESO (Kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM
						Sólidos: _____
Atenção especial para os seguintes itens: ASA: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>						Líquidos: _____

NOME: _____

DATA NASC. ____/____/____ UNIDADE: _____

LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____

CONVÊNIO: _____ ATENDIMENTO: _____

CIRURGIA / PROCEDIMENTO	PROPOSTA ANESTÉSICA

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardiocirculatório <input type="checkbox"/> Negativo Tolerância ao exercício _____ <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> Valvulopatia <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> DVP <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> AAA Outras _____	Infecioso <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> HIV Outras _____ Gravidez <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas Hábitos Sociais <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Tabaco _____ Cigarros/dia <input type="checkbox"/> Álcool _____ Drogas <input type="checkbox"/> Outras _____ Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Medicação (verificar se tomou no dia da cirurgia) _____ _____ _____ _____																														
Respiratório <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dependência O2 <input type="checkbox"/> IVAS recente <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Apneia do sono <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> DPOC Outras _____	Alergias <input type="checkbox"/> Negativo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo/ Agente</th> <th>Reação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Tipo/ Agente	Reação											Cirurgia/anestesia prévia <input type="checkbox"/> Negativo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cirurgia</th> <th>Anestesia</th> <th>Dados Relevantes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Cirurgia	Anestesia	Dados Relevantes															
Tipo/ Agente	Reação																															
Cirurgia	Anestesia	Dados Relevantes																														
Gastrointestinal/hepático <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Vômito/diarreia <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Cirrose <input type="checkbox"/> Obst. intestinal Outras _____	Reserva de UTI: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Medicação Pré-Anestésica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Exames Pré-Operatórios: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____ _____ _____	Neurológico <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Dormência/fraqueza <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> PIC Outras _____																														
Renal <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Diálise Outras _____	Via aérea História de via aérea difícil: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Mallampati I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Distância esterno/mento: _____ cm Dentição/Prognatismo _____ Outros _____	Hemorragias Existe previsão de perda sanguínea superior a 500ml? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (realizar reserva sanguínea) Realizada reserva sanguínea? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Emergência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																														
Hematológico <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Transfusão prévia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Coagulopatia <input type="checkbox"/> Anemia Outras _____	Comentários sobre os achados _____ _____ _____	DATA ____/____/____																														
Músculo esquelético <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Musculodistrofia <input type="checkbox"/> Artrite Outras _____	Endócrino <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____ <input type="checkbox"/> Patologia da tireoide Outras _____	HORA ____:____																														
Câncer <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia Outras _____	Anestesiologista responsável pela visita pré anestésica _____	CRM _____																														
Assinatura _____	Assinatura _____	Assinatura _____																														

Anestesiologista responsável pela visita pré anestésica _____	CRM _____	ASSINATURA _____
---	---------------------	----------------------------

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO
PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome*: _____

DN*: ___/___/___ Identidade nº*: _____ Órgão expedidor*: _____

Grau de relacionamento*: _____

Obs: No caso de impossibilidade de o paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

Consentimento para a execução de anestesia apropriada à condição do paciente, através do(s) seguinte(s) procedimento(s):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raquimedular; | <input type="checkbox"/> Sedação; |
| <input type="checkbox"/> Peridural; | <input type="checkbox"/> Bloqueios diversos; |
| <input type="checkbox"/> Anestesia geral; | <input type="checkbox"/> Anestesia combinada; |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____. | |

Declaro ainda que:

1 - A proposta do procedimento anestésico / sedação a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos;

2 - Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;

3 - Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse;

4 - Também entendi que a qualquer momento e sem a necessidade de nenhuma explicação poderei revogar este consentimento antes que o procedimento se realize.

Deve ser preenchido pelo médico:

Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ ou responsável todo o procedimento anestésico/ sedativo a que o (a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, o(a) paciente e/ ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência.

Fortaleza, _____ de _____ de _____ Hora: ____: ____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Anestesista (Carimbo/CRM)