

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

■ IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome: _____ Sexo M F Idade : _____ Cor: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Telefone : _____ Profissão: _____

Cirurgia Proposta:

Cirurgião : _____ Hospital : _____ Data : / / _____

■ ANTECEDENTES PESSOAIS/ FAMILIARES:

Cirurgias/Anestesias Anteriores: _____

Intercorrências: _____

Hemotransfusão: _____

Antecedentes Familiares:

Tabagismo Cigarros/Dia: _____ Tempo: _____

Etilismo Quantidade: _____ Tempo: _____

Uso de Tóxicos _____

Alergias: _____

■ INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

(Marcar os sintomas/sinais positivos e detalhar abaixo)

SISTEMA CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Palpitação	<input type="checkbox"/> Edema MMII	<input type="checkbox"/> Dor precordial	<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Varizes
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Apnéia sono
SISTEMA DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> Dor epigástrica	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> DUM (Mulher)		
SISTEMA ENDÓCRINO	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doenças da tireóide				
SISTEMA HEMATOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sangramentos	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea			
SISTEMA IMUNOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Herpes				
SISTEMA LOCOMOTOR	<input type="checkbox"/> Fraq. muscular	<input type="checkbox"/> Dor articular	<input type="checkbox"/> Patol. coluna	<input type="checkbox"/> Déficit de locomoção		
SISTEMA NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Parestesias		

OBS: _____

Medicamentos em Uso: _____

■ EXAME FÍSICO

Estado físico: _____ EG: _____ Peso: _____ Altura: _____ PA: _____ FC: _____

Avaliação via aérea: _____ Mallampati: _____ Mobilidade pescoço: _____ Dentes: _____ Limitação ATM

Distância esterno/mento: <12,5cm >12,5cm Coluna vertebral: _____

SCV: _____

SR: _____

Outros: _____

■ RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:

HT _____ (%) : _____ HB (g%): _____ Plaquetas (mm3): _____ TP : _____ AE: _____ INR: _____

Ionograma (k): _____ Na: _____ Ca: _____ HCO3: _____ Outros: _____

Glicemia: _____ Uréia: _____ Creatinina: _____

RX de Tórax: _____

ECG: _____

Risco cirúrgico: _____

Parecer Cardiológico: _____

Outros exames: _____

■ CONDUTA

LIBERADO: SIM NÃO Observação: _____

■ ORIENTAÇÃO:

Jejum: _____

Medicação: _____

Cuidados: _____

Anestesia Proposta : _____

Data consulta: / / _____ Hora: _____

Assinatura médico/CRM/Carimbo : _____

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

À SRPA UTI

Data: / /

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E EQUIPE:

Nome do paciente: _____ Registro: _____
 Idade: _____ Sexo M F ASA: _____ Hospital: _____
 Cirurgia: _____ Cirurgião/Fone: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Anestesiista/Fone: _____

DROGAS USADAS e DOSES:

Anestésicos: _____
 Analgésicos: _____
 Opióide espinal: _____ Antiemético: _____
 Reversão BMN: Atropina: _____ mg Neostig : _____ mg Narcan : _____ mg Flumazenil : _____ mg
 Outros: _____

SOLUÇÕES INFUNDIDAS (tipo e volume): _____

PATOLOGIAS PRÉVIAS E MEDICAÇÕES EM USO: _____

PARÂMETROS na saída da SO e evolução na SRPA:

HORA / PARÂMETRO	H	H	H	H	H	H	H	H	H
	SAÍDA SO	CHEGADA SRPA							ALTA SRPA
PA									
SpO2									
Consciência									
Atividade									
Freq. Resp.									
Diurese									
FC									
Aval. Numér.									
DOR									
Temp. °C									

EVOLUÇÃO MÉDICA E INTERCORRÊNCIAS NA SRPA: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA NA SRPA:

Instalar Nebulização com O₂ contínuo Início : _____ h Término : _____ h sob _____

Uso de: Manta térmica Meias Crioterapia outros: _____

CONDIÇÕES DE ALTA/ ESCORE ALDRETE E KROULIK modificada:

ALTA MÉDICA da SRPA:

DATA: _____ HORA: _____ DESTINO: _____

NOME DO MÉDICO: _____ CRM: _____

ASS: _____



TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

O presente termo tem o dever ético de comprovar as informações prestadas ao paciente e/ou responsável pelo médico anesthesiologista dos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao(s) qual(is) será submetido.

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE:

Autorizo o(a) Dr.(a)

ou outro anesthesiologista por ele indicado a realizar o procedimento anestésico ou outros que considere necessários frente a situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, inclusive transfusão de sangue.

A proposta do procedimento anestésico a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos inerentes, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente e de receber esclarecimentos necessários à minha compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual serei submetido.

Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e hábitos nas informações que forneci e que foram transcritas para a ficha de avaliação pré-anestésica.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, que o anesthesiologista exerce atividade de meio, mas, que o mesmo obriga-se a prestar seus serviços com zelo e diligência, utilizando todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, em busca dos melhores objetivos possíveis.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi dada a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

RISCOS ADICIONAIS ESPECÍFICOS DO PACIENTE

PACIENTE/RESPONSÁVEL

NOME:

GRAU DE PARENTESCO:

DOC IDENTIDADE:

ASSINATURA:

DEVE SER PREENCHIDO PELO ANESTESIOLOGISTA:

Expliquei o procedimento anestésico ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

NOME MÉDICO ANESTESIOLOGISTA:

CRM:

ASS.:

CIDADE:

DATA:

HORA: