

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	<input type="checkbox"/>			
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 : _____