

## AVALIAÇÃO ANESTÉSICA

NOME:

SEXO:  MASC  FEM

IDADE:

PESO:

ALTURA:

ATENDIMENTO:

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIAS PRÉVIAS:

NEGA

### CONDIÇÃO CLÍNICA POR SISTEMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR  HAS  IC  DAC/IAM  DAOP  VALVOPATIA  ARRITMIAS  MARCAPASSO/CDI  NEGA

SISTEMA RESPIRATÓRIO  ASMA  DPOC  APNEIA DO SONO  TRAQUEOSTOMIA  AVM  NEGA

SISTEMA DIGESTIVO  DRGE  HEPATITE CRÔNICA  CIRROSE  GASTRITE  NEGA

SISTEMA UROGENITAL E REPRODUTOR  GESTANTE  HPB  IRC  IRA  HEMODIALISE  NEGA

SISTEMA ENDÓCRINO-METABÓLICO  DM  TIREOIDOPATIAS  DISLIPIDEMIA  OBESIDADE  CUSHING  NEGA

SISTEMA HEMATOLÓGICO  ANEMIA  DISCRASIA SANGUÍNEA  REAÇÃO TRANSFUSIONAL PRÉVIA  NEGA

SISTEMA IMUNE E INFECÇÕES  DÇ AUTOIMUNE  HIV  PNM  ITU  FERIDA INFECTADA  SINTOMAS GRIPAIS  NEGA

SISTEMA LOCOMOTOR  MIOPATIAS  DOR ARTICULAR  PATOLOGIAS DE COLUNA  NEGA

FRATURA  LESÃO LIGAMENTAR  DÉFICIT DE LOCOMOÇÃO

SISTEMA NEUROLÓGICO  CONVULSÃO  CEFALEIA  SÍNCOPE  PARESTESIAS  AVC  PARKINSON  NEGA

TUMOR  ANEURISMA  MAV

HÁBITO SOCIAIS  (EX)TABAGISTA  (EX) ETILISTA  NEGA

DROGAS ILÍCITAS  SEDENTARISMO  ANSIEDADE/DEPRESSÃO

ALERGIAS:  NEGA

MEDICAÇÕES EM USO:

OBSERVAÇÕES:

### EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL:  BOM  REGULAR  FC: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ IRPM SPO2: \_\_\_\_\_ % GLASGOW: \_\_\_\_\_

PREDITOR DE VIA AÉREA DIFÍCIL:  NÃO  SIM:

OUTROS ACHADOS:

### EXAMES COMPLEMENTARES

Na: \_\_\_\_\_ k: \_\_\_\_\_ URÉIA: \_\_\_\_\_ CREATININA: \_\_\_\_\_ HB: \_\_\_\_\_ HT: \_\_\_\_\_ PLQ: \_\_\_\_\_

TAP/INR: \_\_\_\_\_ TTPA: \_\_\_\_\_

OUTROS EXAMES LAB.:

ECG:

ECOTT: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ AE: \_\_\_\_\_ FEVE(%): \_\_\_\_\_ OUTROS ACHADOS: \_\_\_\_\_

### RISCO PERIOPERATÓRIO

ASA:  I  II  III  IV  V  VI CAPACIDADE FUNCIONAL ESTIMADA:  > 4 METS  < 4 METS

RISCO INERENTE À CIRURGIA:  BAIXO  INTERMEDIÁRIO  ALTO ESCORE DE LEE:  BAIXO  INTERMEDIÁRIO  ALTO

PARECER CARDIOLÓGICO DO RISCO:  BAIXO  INTERMEDIÁRIO  ALTO DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### CONDUTAS SUGERIDAS

(RE)AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA:  NÃO  SIM

RESERVA DE UTI:  NÃO  SIM

RESERVA DE HEMODERIVADOS:  NÃO  SIM

JEJUM 8 HORAS PARA SÓLIDOS E 2 HORAS PARA LÍQUIDOS CLAROS

REMOVER ADORNOS E PRÓTESES

TÉCNICA ANESTÉSICA:  GERAL  BLOQUEIO NEUROAXIAL  SEDAÇÃO  BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS  SUPORTE ANESTÉSICO

### LIBERADO PARA O PROCEDIMENTO PROPOSTO

SIM  NÃO  URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

DATA DA AVALIAÇÃO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO/CRM/CARIMBO

ESCALA TEMPO (MIN)				5	10	20	30	40	50	60	90	120	180	240	270
OXIGÊNIO (L/MIN):															
AR (L/MIN)															
ET CO2															
SPO2 (%)															
SEVOFLURANO (%)															
MEDICAMENTOS				DOSE											
A															
B															
C															
D															
E															
F															
G															
H															
I															
J															
K															
L															
M															
FLUIDOTERAPIA				5	15	30	45	60	90	120	150	180	210	240	270
SIMB.	T.°C	F.C.	P.A.												
●	F.C.	260	260												
	43	240	240												
P.A. VA	42	200	200												
	41	180	180												
	40	160	160												
P.I.A. △	39	140	140												
	38	120	120												
OP. O	37	100	100												
	36	80	80												
ANE. X	35	60	60												
	34	40	40												
T °C ◇	33	20	20												
	32	0	0												
ESPONTÂNEA															
ASSISTIDA															
CONTROLADA															
INÍCIO/FIM															
LÍQUIDOS ADMINISTRADOS				MONITORIZAÇÃO											
RINGER LACTATO:		MANITOL:		<input type="checkbox"/> E.C.G.		<input type="checkbox"/> SPO2		<input type="checkbox"/> P.I.A.		<input type="checkbox"/> P.N.I.		<input type="checkbox"/> Checklist - Cir. Segura			
SORO FISIOLÓGICO:		CONC. HEMACIAS:		<input type="checkbox"/> AGENTES		<input type="checkbox"/> TEMP		<input type="checkbox"/> CO2		<input type="checkbox"/> TOF					
PLASMA LYTE:		OUTROS:		TOTAL INFUNDIDO:				DIURESE:							
TÉCNICA ANESTÉSICA										MATERIAIS					
										M. LARÍNGEA N°:					
										T.E.T. N°					
										QUINCKE N°:					
										TUOHY N°:					
										AGULHA DE PLEXO:					
INTERCORRÊNCIAS:															
CIRURGIAS REALIZADAS:												CIRURGIÃO:			
ANESTESIAS REALIZADAS:												ANESTESISTA:			
DATA ____/____/____								INÍCIO:				FIM:			

ASSINATURA DO MÉDICO/CRM/CARIMBO