

## AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

NOME: _____					Prontuário: _____	
Idade: _____			Gênero: ( ) M ( ) F			
Cirurgia proposta: _____			Data da Avaliação: _____			
Cirurgião: _____			Data da Cirurgia: ____/____/____			
Peso: _____ kg	Altura: _____ cm	DUM: _____	FC: _____ bpm	PA: _____ x _____ mmHg	Tax: _____ °c	
ANTECEDENTES PESSOAIS E ANESTÉSICOS						
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Hipertermia Maligna <input type="checkbox"/>					
<b>CARDIOVASC.</b>	Nenhum <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Valvopatia <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/>					
<b>RESPIRATÓRIO</b>	Nenhum <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/>					
<b>NEUROLÓGICO</b>	Nenhum <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Neuropatias <input type="checkbox"/> Déficit <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/>					
<b>METABÓLICO</b>	Nenhum <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Perda Ponderal <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Tireoidopatia <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/>					
<b>DIGESTIVO</b>	Nenhum <input type="checkbox"/> Náusea/vômito <input type="checkbox"/> Gastrite/Úlcera <input type="checkbox"/> Cirrose <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/>					
<b>ORTOPÉDICO</b>	Nenhum <input type="checkbox"/> Hérnia de Disco <input type="checkbox"/> Escoliose <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Fixação na Coluna <input type="checkbox"/> Lombociatalgia <input type="checkbox"/>					
<b>RENAL</b>	Nenhum <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Cálculos <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Insuf. renal <input type="checkbox"/>					
<b>HEMATOLOGIA</b>	Nenhum <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Sangramentos <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Transfusões anteriores <input type="checkbox"/> Test. de Jeová <input type="checkbox"/>					
<b>ALERGIAS</b>	Nenhum <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Edema Glote <input type="checkbox"/> Broncoespasmo <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Quais: _____					
<b>DOENÇAS</b>	Hepatite (A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> ) HIV <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Quais: _____					
<b>VÍCIOS</b>	Nenhum <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Drogas Ilícitas <input type="checkbox"/> Quais: _____					
<b>CIRURGIAS PRÉ-VIAS</b>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais: _____					
<b>ANESTESIAS ANTERIORES</b>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais: Raquianestesia <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Bloqueio Periférico <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/>					
<b>MEDICAÇÕES EM USO</b>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Quais: _____					
EXAME FÍSICO						
Estado Geral: _____			Mallampatti: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>			
AC: _____			Distância tireo-mento: >6,0cm <input type="checkbox"/> <6,0cm <input type="checkbox"/>			
AP: _____			Distância esterno-mento: >12,5cm <input type="checkbox"/> <12,5cm <input type="checkbox"/>			
Prótese dentária móvel: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>			Abertura oral: >3cm <input type="checkbox"/> <3cm <input type="checkbox"/>			
Consentimentos: Assinados <input type="checkbox"/>						
EXAMES LABORATORIAIS						
DATA: ____/____/____						
Nenhum <input type="checkbox"/> Hb _____ Ht _____ Plaquetas _____ TAP _____ INR _____ TTPA _____						
Na _____ K _____ Ca _____ Ur _____ Cr _____ Glicemia _____						
ECG Não Tem <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>						
Raio X de Tórax: Não tem <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>						
ECO						
Avaliação de Especialista:						
P 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"/>			Jejum a partir de: _____ h			
Condução: Apto no momento <input type="checkbox"/> Não apto <input type="checkbox"/> Aguardo exames <input type="checkbox"/>					_____ <b>Médico Anestesiologista</b>	
<b>ORIENTAÇÃO:</b>						