

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nasc: ____ / ____ / ____

Convênio: _____ Cirurgião: _____

Sexo: M F Tel: () _____

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

PESO(Kg)	ALT. (cm)	PA (mmHg)	FC (bpm)	JEJUM	CIRURGIA / PROCEDIMENTO
				SÓLIDOS: LIQ.CLAROS:	
ALERGIAS				MEDICAMENTOS EM USO	
AVALIAÇÃO CLÍNICA					
CAPACIDADE FUNCIONAL ☐ Boa (> 4 MET, Ex. subir 10 degraus de uma escada, caminhar em subida 100 a 200 metros) ☐ Ruim (< 4 MET) ☐ Sem possibilidade de avaliação clínica CARDIO-CIRCULATÓRIO ☐ Negativo ☐ Hipertensão ☐ Valvulopatia: _____ ☐ Angina ☐ IAM (tempo: _____) ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Arritmia ☐ _____ RESPIRATÓRIO ☐ Negativo ☐ Asma ☐ IVAS recente ☐ DPOC ☐ Pneumonia ☐ _____ NEUROLÓGICO ☐ Negativo ☐ Convulsão ☐ Dormência / Fraqueza ☐ Lesão Medular ☐ AVC ☐ Cefaléia ☐ _____ INFECCIOSO ☐ Negativo ☐ HIV ☐ Hepatites		ENDÓCRINO ☐ Negativo ☐ Diabetes () Tipo 1 () Tipo 2 ☐ Tireóideopatia () Hipo () Hiper ☐ _____ HEMATOLÓGICO ☐ Negativo ☐ Transfusão Prévia ☐ Plaquetopatia ☐ Coagulopatia: _____ ☐ Anemia ☐ _____ GASTROINTESTINAL / HEPÁTICO ☐ Negativo ☐ Refluxo gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica / Gastrite ☐ Hérnia de Hiato ☐ Cirrose ☐ Hepatite ☐ _____ RENAL ☐ Negativo ☐ Doença Renal Crônica ☐ Insuficiência Renal ☐ Diálise ☐ _____ MÚSCULO ESQUELÉTICO ☐ Negativo ☐ Artrite ☐ Musculodistrofia ☐ _____		CIRURGIAS PREVIAS ☐ Negativo ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ HISTÓRICO DE NAUSEAS / VÔMITOS NO PÓS OPERATÓRIO ☐ Sim ☐ Não HISTÓRICO VIA AÉREA DIFÍCIL ☐ Sim ☐ Não HISTÓRICO FAMILIAR / PROBLEMAS COM ANESTESIA ☐ Sim ☐ Não HÁBITOS SOCIAIS ☐ Negativo ☐ Tabagismo _____ cig/dia ☐ Etilismo ☐ Drogas _____ CÂNCER ☐ Negativo ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ _____ CRIANÇA ABAIXO DE 1 ANO ☐ Negativo ☐ Termo ☐ Pré-termo • Idade Gestacional _____ sem. • Idade Pós Conceptual _____ sem. GINECOLÓGICO DUM: _____ GRAVIDEZ: _____	

EXAME FÍSICO / EXAME COMPLEMENTAR	
APARELHO CARDIOVASCULAR Bulhas ☐ Rítmicas ☐ Arritmicas ☐ Normofonéticas ☐ Hipofonéticas ☐ Hiperfonética ☐ Sopros: _____ APARELHO RESPIRATÓRIO Murmurios Vesiculares ☐ Sim ☐ Não Ruidos Adventicios ☐ Não ☐ Sim: _____ NEUROLÓGICO ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Confuso ☐ Desorientado ☐ _____ LOCOMOTOR ☐ Sem Alterações ☐ _____ ☐ _____ VIAS AÉREAS Mallampati: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV Distancia esterno/mento: ☐ > 6cm ☐ < 6cm Abertura de boca: ☐ > 4cm ☐ < 4cm Dentição: _____ Obs: _____ ESTADO GERAL ☐ Afebril ☐ Eupneico ☐ Corado ☐ BEG ☐ REG	EXAMES LABORATORIAIS NÃO SE APLICA ☐ Hb: _____ Ht: _____ Plaquetas: _____ Glicose: _____ Uréia: _____ Creatinina: _____ Sódio: _____ Potássio: _____ RNI: _____ R: _____ TTPa: _____ Outros: _____ _____ ECG: _____ _____ ECOCARDIOGRAMA: _____ _____ _____ ERGOMÉTRICO: _____ _____ OUTROS: _____ _____ _____ _____

ANESTESIA PROPOSTA:		OBS / RECOMENDAÇÕES: ☐ Risco de Tromboembolismo Venoso ☐ Risco de Hipotermia
DATA AVALIAÇÃO		
ESTADO FÍSICO (ASA)	ANESTESIOLOGISTA	