

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	ENDÓCRINO	CIRURGIAS PREVIAS
☐ 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	☐ Negativo ☐ Diabetes () Tipo 1 () Tipo 2 ☐ Tireóideopatia () Hipo () Hiper ☐ _____	☐ Negativo ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____
CARDIO-CIRCULATÓRIO ☐ Negativo ☐ Hipertensão ☐ Valvulopatia: _____ ☐ Angina ☐ IAM (tempo: _____) ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Arritmia ☐ _____	HEMATOLÓGICO ☐ Negativo ☐ Transfusão Prévia ☐ Plaquetopatia ☐ Coagulopatia: _____ ☐ Anemia ☐ _____	HISTÓRICO DE NAUSEAS / VÔMITOS NO PÓS OPERATÓRIO ☐ Sim ☐ Não HISTÓRICO VIA AÉREA DIFÍCIL ☐ Sim _____ ☐ Não HISTÓRICO FAMILIAR / PROBLEMAS COM ANESTESIA ☐ Sim _____ ☐ Não
RESPIRATÓRIO ☐ Negativo ☐ Asma ☐ IVAS recente ☐ DPOC ☐ Pneumonia ☐ _____	GASTROINTESTINAL / HEPÁTICO ☐ Negativo ☐ Refluxo gastro-esofágico ☐ Úlcera péptica / Gastrite ☐ Hérnia de Hiato ☐ Cirrose ☐ Hepatite ☐ _____	HÁBITOS SOCIAIS ☐ Negativo ☐ Tabagismo _____ cig/dia ☐ Etilismo ☐ Drogas _____
NEUROLÓGICO ☐ Negativo ☐ Convulsão ☐ Dormência / Fraqueza ☐ Lesão Medular ☐ AVC ☐ Cefaléia ☐ _____	RENAL ☐ Negativo ☐ Doença Renal Crônica ☐ Insuficiência Renal ☐ Diálise ☐ _____	CÂNCER ☐ Negativo ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ _____
INFECCIOSO ☐ Negativo ☐ HIV ☐ Hepatites	MÚSCULO ESQUELÉTICO ☐ Negativo ☐ Artrite ☐ Musculodistrofia ☐ _____	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

Murmúrios Vesiculares

☐ Sim ☐ Não

Ruidos Adventícios

☐ Não ☐ Sim: _____

NEUROLÓGICO

☐ Consciente ☐ Orientado
☐ Confuso ☐ Desorientado
☐ _____

LOCOMOTOR

☐ Sem Alterações
☐ _____

VIAS AÉREAS

Mallampati: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

Distância 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:

DATA AVALIAÇÃO

ESTADO FÍSICO (ASA)

ANESTESIOLOGISTA

OBS / RECOMENDAÇÕES:

☐ Risco de Tromboembolismo Venoso

☐ Risco de Hipotermia