

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

NOME:

NOME DA MÃE:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

PRONTUÁRIO:

CLÍNICA:

ENFERMARIA/LEITO:

ESPECIALIDADE:

DATA PROVÁVEL DA CIRURGIA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

PROCEDIMENTO PLANEJADO:

HISTÓRIA CLÍNICA:

Data de Solicitação:

Assinatura:

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Anamnese / História clínica: \_\_\_\_\_

**Hábitos sociais negativos:** ☐ Dependência Química ☐ Tabagismo - cigarros por dia: \_\_\_\_\_ ☐ Etilismo ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Antecedentes Pessoais: Sim ☐ Não ☐ especificar: \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares: Sim ☐ Não ☐ especificar: \_\_\_\_\_

Reações alérgicas anteriores? Sim ☐ Não ☐ \_\_\_\_\_

Já foi submetido à anestesia? Sim ☐ Não ☐ \_\_\_\_\_

Já teve problemas com anestesia? Sim ☐ Não ☐ \_\_\_\_\_

Algum parente já teve problema com anestesia? Sim ☐ Não ☐ \_\_\_\_\_

Tem dor ou lesão na coluna? Sim ☐ Não ☐ \_\_\_\_\_

Tem antecedentes transfusionais? Tem alguma outra queixa? Sim ☐ Não ☐ \_\_\_\_\_

Medicações e/ou drogas em uso: \_\_\_\_\_

**Anestesia Planejada:** ☐ Geral ☐ Peridural ☐ Raqui ☐ Bloqueio Regional ☐ Sedação ☐ Local ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**Exame Físico Estado geral:** ☐ BEG ☐ MEG ☐ REG ☐ Corado ☐ Descorado ☐ Eupenêico ☐ Dispneico ☐ Cianótico

☐ Acianótico ☐ Ictérico ☐ Anictérico ☐ Hidratado ☐ Desidratado ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Obesidade

Pulso: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmhg FR: \_\_\_\_\_ rpm Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm

Dor: Sim ☐ Não ☐ especificar : \_\_\_\_\_ DUM (Mulher): \_\_\_\_\_

Cardíaco: Sim ☐ Não ☐ BRNF a 2T Sopros: Sim ☐ Não ☐ Arritmias: Sim ☐ Não ☐ especificar: \_\_\_\_\_

Respiratório (MVFD/SRA): Sim ☐ Não ☐ especificar: \_\_\_\_\_

Digestivo: \_\_\_\_\_ Abdômen: \_\_\_\_\_ MMII / SS: \_\_\_\_\_

AP. Gêrito-Urinário: \_\_\_\_\_ Psico-Neurológico: \_\_\_\_\_

Exames Laboratoriais / Imagem

**Via Aérea - Mallampati:** [ I ] [ II ] [ III ] [ IV ]

Abertura da boca: ☐ Normal ☐ Diminuída

Mandíbula: ☐ Normal ☐ Prognata ☐ Retrognata

**Detalhes dentários:**

Prótese dentária: Sim ☐ Não ☐

Mobil. Atlanto-Occipital: ☐ Normal

Distância Esterno-Mento: [ < ] 12,5cm [ > ]

Distância Tíreo-Mento: [ < ] 6,5cm [ > ]

**ASA:** [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ] [ 5 ] [ 6 ] captação de órgãos

Esclarecimento de Dúvidas e Riscos: Sim ☐ Não ☐ Orientação do Jejum: Sim ☐ Não ☐ Termo de Consentimento Esclarecido Sim ☐ Não ☐

Apto para cirurgia proposta: Sim ☐ Não ☐ Encaminhado p/ ambulatório de: \_\_\_\_\_ Retornar em: \_\_\_\_\_

MPA Prescrita: Sim ☐ Não ☐ Droga: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ mg Via: (EV) (VO) (IM) Data/hora: \_\_\_\_\_

Vide demais anotações, esclarecimentos e retornos no verso: \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_ **Nome do Anestesista/CRM:** \_\_\_\_\_

Obs: Essa avaliação terá validade de cinco meses caso não ocorram intercorrências nesse período.

|      |  |            |  |
|------|--|------------|--|
| Hb   |  |            |  |
| Ht   |  | Plaquetas  |  |
| Na   |  | INR        |  |
| K    |  | Uréia      |  |
| TP   |  | Creatinina |  |
| TTPA |  | Glicose    |  |

**TC:** \_\_\_\_\_ **ECG:** \_\_\_\_\_

**Rx:** \_\_\_\_\_ **USG:** \_\_\_\_\_

Observações:

RETORNOS AO AMBULATÓRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Data:

Motivo: ☐ Retorno de Especialidade ☐ Entrega de Exames Complementares ☐ Reavaliação de Quadro Clínico

☐ Outros:

Resumo:

Diagnóstico Atual:

Conduta:

Apto para cirurgia proposta? Sim ☐ Não ☐ Novo Encaminhamento: Retornar em:

MPA Prescrita: Sim ☐ Não ☐ Droga: Dose: mg Via: (EV) (VO) (IM) Data/hora:

Nome do Anestesista/CRM:

Data:

Motivo: ☐ Retorno de Especialidade ☐ Entrega de Exames Complementares ☐ Reavaliação de Quadro Clínico

☐ Outros:

Resumo:

Diagnóstico Atual:

Conduta:

Apto para cirurgia proposta? Sim ☐ Não ☐ Novo Encaminhamento: Retornar em:

MPA Prescrita: Sim ☐ Não ☐ Droga: Dose: mg Via: (EV) (VO) (IM) Data/hora:

Nome do Anestesista/CRM:

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

NOME:

NOME DA MÃE:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

ESTADO:

CEP:

PRONTUÁRIO:

DATA DE INTERNAÇÃO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ANESTESIA PROPOSTA:

**CASO O DECLARANTE NÃO SEJA O PACIENTE**

NOME: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

O Dr. (a) \_\_\_\_\_ CRM/CRO nº \_\_\_\_\_ explicou-me a hipótese diagnóstica que motiva a internação, bem como os detalhes do tratamento clínico ou cirúrgico ao qual serei submetido (a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas ao procedimento. Reforçou, ainda, muito embora a intervenção cirúrgica se faça necessária, o resultado não é garantido de maneira absoluta, posto que nesses procedimentos o resultado pode estar alheio ou além do alcance dos esforços profissionais. Tive a oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias e as mesmas foram respondidas inteira e satisfatoriamente, bem como fui informado (a) sobre os riscos e benefícios de não ter tomado nenhuma atitude terapêutica.

**Recebi orientações** sobre os riscos de ocorrer queimaduras de 1º e 2º graus em decorrência do uso de piercings, apliques capilares, cílios postiços, unha de gel ou qualquer outro ornamento que possua, na sua composição, algum metal ou cola. Ciente dos riscos, **declaro** não fazer uso de qualquer um desses adornos no momento do ingresso ao centro cirúrgico.

**Autorizo** frente ao diagnóstico apresentado, que o cirurgião identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento, execute em mim ou no (a) paciente pelo (a) qual sou responsável, o procedimento clínico/ cirúrgico proposto, ou outros que se fizerem necessários frente a situações imprevistas que possam ocorrer. Tenho lido, compreendido e achado conforme sendo capaz, firmo o presente.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Preenchimento do Cirurgião**

Confirmo que expliquei ao paciente e/ou responsável os riscos e as alternativas para o tratamento descrito.

Dr.(a) \_\_\_\_\_ CRM/CRO nº \_\_\_\_\_.

Assinatura Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do profissional responsável



**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICOS**

NOME:

NOME DA MÃE:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

ESTADO:

CEP:

PRONTUÁRIO:

DATA DE INTERNAÇÃO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ANESTESIA PROPOSTA:

**CASO O DECLARANTE NÃO SEJA O PACIENTE**

NOME: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

O Dr.(a) \_\_\_\_\_ CRM nº \_\_\_\_\_ explicou-me claramente a proposta do procedimento anestésico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas quanto a procedimentos. Salientou, também, que a anestesia pode causar reação alérgica, pouco ou mais grave. Eu tive a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e as mesmas foram respondidas inteira e satisfatoriamente, bem como fui informado(a) sobre os riscos e benefícios de não ser tomado nenhuma atitude terapêutica.

Em ato de vontade própria, sem qualquer coação, declaro para todos os fins de direito, ter sido devidamente orientado e **AUTORIZO** a equipe de anestesia deste hospital a executar em mim ou no paciente pelo qual sou responsável, o procedimento anestésico ou outros procedimentos que o anestesista considere necessários, diante de situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto. Tendo lido, compreendido e achado conforme, sendo capaz, firmo o presente.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do profissional responsável