

Nome: _____ RG.: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Data: _____
Patologia Principal: _____
Cirurgia: _____
Anestesia Proposta: _____
Cirurgião: _____
Validade: ☐ 6 meses ☐ 1 ano

	Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não
Dor no peito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias a drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto? <input type="checkbox"/> <3m <input type="checkbox"/> 3-6 <input type="checkbox"/> >6m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença da tireóide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q. clínico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mudança do hábito miccional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sopro, febre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Modificação no apetite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a pó, lã, doces, alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia, taquicardia: <input type="checkbox"/> espontânea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Queimação, azia, hérnia de hiato, dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q. clínico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aos esforços: <input type="checkbox"/> pequeno <input type="checkbox"/> médio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas, vômitos? Cor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edema de MMII? <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> verão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mudança de hábito intestinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a deriv. borracha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispneia: <input type="checkbox"/> de decúbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteração na cor das fezes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q. clínico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aos esforços: <input type="checkbox"/> pequeno <input type="checkbox"/> médio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perda de peso sem dieta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Para crianças (0 - 14 anos)		
Asma/bronquite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse, catarro (cor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança é prematura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumante há _____ a - parou há _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramento. Onde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança tem menor desenvolvimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmaios, tonturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematomas/manchas roxas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança esta gripada c/ tosse, febre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsões, abalos, tremores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gripe, febre recente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A criança tem outra doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza muscular, miopatia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está ou pode estar grávida - Dum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antecedentes familiares de:		
Dor nas juntas, artrite, colagenose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tem problema de surdez, visão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doenças c. vasc. <input type="checkbox"/> Miopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de coluna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teve febre alta quando foi operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Febre alta durante a anestesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etilista social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recebeu transfusão sang.? Há	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema durante a anestesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoólatra há _____ a - parou há _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aceita transf. sang. emergencial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados importantes da Anamnese e/ou EF	Cirurgias / Anestésias Prévias / Complicações	Medicamentos (dietas)

Exame Físico

Peso: _____ Alt.: _____ PA: _____ P: _____
Hidratado/desidratado: _____
Corado/descolorado: _____
Eupnéico/dispnéico/taquipnéico: _____
Cianótico/acianótico: _____
Ictérico/anictérico: _____
Ausculta: _____
Dentadura/prótese (inferior/superior) (móvel/fixa) _____
Dentes: _____
Abertura de boca: normal/diminuída: _____
Pescoço: normal/curto _____
Flexão/extensão do pescoço: normal/limitada: _____
Mallampati: 1 - 2 - 3 - 4 _____
Distância estero/mento: <12.5 cm >12.5 cm _____
Movimentos: normais/diminuídas - quais: _____
Anormalidades no local do possível bloqueio: _____
Outros itens alt.: _____

Anotar de preferência exame com menos de 1 ano de realizados

Exames Subsidiários - Data:

Hb= _____ Ht= _____ Glic.= _____ Cr= _____ Ur= _____
Na+= _____ K+= _____ TC= _____ TS= _____ Plaq= _____
Coagul. ☐ normal ☐ alter. TT= _____ TP= _____ TTPA= _____
RX tórax= _____

ECG=
Avaliação Clínica: _____
Outros: _____
ASA: _____

Retorno: ☐ Não ☐ Sim Motivos: ☐ exames complementares - ☐ Encaminhado para clínica. Qual: _____

Se o paciente tiver retorno(s), preencher "Conduta Final" e "Problemas Graves", APENAS após a liberação do Ambulatório

Conduta final: ☐ Em condições para anestesia
☐ Reavaliar na internação - Motivo(s):
☐ Reavaliar na SO - Motivo(s):
☐ Sem condições para anestesia - Motivo(s):

Data:

Problemas Graves:

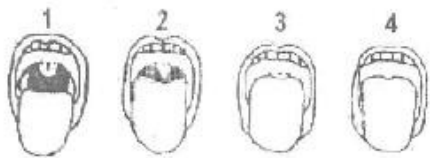
Assinatura e Carimbo do Médico

Medicação não prescrita por médico / fórmulas para emagrecer, ervas, homeopatia. (nome/dosagem diária/ tempo de uso/motivo)

Retornos

Data:

Assinatura e Carimbo do Médico

Teste de Mallampati	Exames Pré-anestésicos Mínimos Recomendáveis
	<p>1. ASA I < 50 a. Hb/Ht 51 – 65 a. Hb/Ht, ECG > 65 a. Hb/Ht, ECG, creatinina, glicemia > 75 a. Hb/Ht, ECG, creatinina, glicemia, RX tórax</p> <p>2. ASA II qualquer idade Hb/Ht + exames de acordo com a doença</p> <p>2. ASA II com doença cardiovascular qualquer idade Hb/Ht, ECG, RX tórax, creatinina, Na⁺, K⁺ (se usar diuréticos)</p> <p>3. ASA II com diabetes qualquer idade Hb/Ht, ECG, creatinina, glicemia, RX de tórax, Na⁺, K⁺</p> <p>4. ASA III / IV / V Hb/Ht, ECG, RX tórax, glicemia, Na⁺, K⁺ + exame de acordo com a doença</p> <p>Tempo de validade: 01 ano para pacientes ASA I e ASA II Exceção: exames que podem sofrer alterações mais frequentes devido à doença e/ou tratamento.</p>



Distância Estérno-Mento – 12,5