

Nome: _____ DATA: / / _____ HORA: _____

Cirurgia: _____ Idade: _____

Sexo: () M () F

Antecedentes Pessoais:

Alergias <input type="checkbox"/> Negativo <table border="1"> <tr><th>Tipo/Agente</th><th>Reação</th></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	Tipo/Agente	Reação							Infecioso <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Outras _____ Câncer <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outras _____	Gastrointestinal/hepático <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Vômito / diarreia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal <input type="checkbox"/> Outras _____	Neurológico <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Dormência / fraqueza <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Lesão medular <input type="checkbox"/> Desmaios <input type="checkbox"/> Outras _____
Tipo/Agente	Reação										
Cirurgias/Anestésias Anteriores <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negativo Tabagismo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negativo m/a: _____	Cardiocirculatório <input type="checkbox"/> Negativo Tolerância ao exercício _____ <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Valvulopatia <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Coronariopatia <input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio <input type="checkbox"/> Uso <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Outras _____	Gravidez <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas <input type="checkbox"/> Atraso menstrual _____ Hemotransusão Anterior <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negativo Obs.: _____	Renal <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Outras _____								
Etilismo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negativo Tóxicos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negativo	Respiratório <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dependência O ₂ <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Apnéia do sono <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> IVAS recente <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Outras _____	Endócrino <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____ <input type="checkbox"/> Patologia da tireoide <input type="checkbox"/> Outras _____	Hematológico <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Transusão prévia <input type="checkbox"/> Coagulopatia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Outras _____								
Antecedentes Familiares <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negativo Obs.: _____											

Exames Físico:

Estado Geral: _____

Peso: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____

ACV: _____ AR: _____ SNC: _____

ABD: _____ Outros: _____

Medicações em uso:

Via Aérea: Mallampati: I II III IV Distância tireomentoniana >6cm <6cm Distância esternomentoniana >12,5cm <12,5cm Abertura Boca: >3cm <3cm

Largura do pescoço: <40cm >40cm Protrusão Mandibular: Dentes: _____ Outros: _____

Exames Complementares:	Hb/Ht	PLAQ	Cr	Na	K	Ca
INR	TTPa	TC	TS	Glicose	AST	ALT

Risco Cirúrgico:

Tempo de Jejum: Sólidos: _____ h Líquidos: _____ h Anestesia Proposta: _____

ASA: P Emergência Hemocomponentes UTI

Recuperação Pós Anestésica

Escala de Aldrete	Admissão	15	30	45"	60"	90"	120"	150"	180"
Atividade									
Respiração									
Consciência									
Circulação									
SpO2									
Total									
Bromage									
NVPO									
ENV									

Atividade	Circulação	Consciência	Respiração	SpO2
Move 4 Membros	2 20% do pré-anestésico	2 Acordado	2 Profunda, tosse	>92% em AA 2
Move 2 Membros	1 20-49% pré-anestésico	1 Ao chamado	1 Limite, dispneia	>90% em O2 1
Move 0 Membros	0 50% do pré-anestésico	0 Não responde	0 Apnéia	<90% em O2 0
Escala de Bromage	0- Sem bloqueio		2- Move Pés	3- Bloqueio Total

ENV Escala Numérica Verbal da Dor 0 - Sem dor 1 a 3 Dor fraca 4 a 6 Dor moderada 7 a 9 Dor Intensa 10 - Dor Insuportável

Prescrição na SRPA: _____

Intercorrências: _____

Hemodinamicamente Estável sem DVA Sim Não Aguardou 30min após Opioide IV

Sinais Vitais Saída): PA: X mmHg FC: bpm SpO₂: % FR: irpm

Destino: UTI ENF Externo

Anestesiologista	CRM	DATA	HORA	ASSINATURA
		/ /		