

Nome:	DATA	HORA
	/ /	
Cirurgia:	Idade: _____	
	Sexo: () M () F	

Antecedentes Pessoais:

<p>Alergias <input type="checkbox"/> Negativo</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">Tipo/Agente</th> <th style="width:50%;">Reação</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>Cirurgias/Anestesias Anteriores <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p>Tabagismo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p>m/a: _____</p> <p>Etilismo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p>Tóxicos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negativo</p>	Tipo/Agente	Reação							<p>Infeccioso <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Outras _____</p> <p>Câncer <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outras _____</p> <p>Cardiocirculatório <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p>Tolerância ao exercício _____</p> <p><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 _____</p> <p>Respiratório <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Dependência O₂ <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 _____</p>	<p>Gastrointestinal/hepático <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Vômito / diarreia <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Cirrose <input type="checkbox"/> Obst. Intestinal <input type="checkbox"/> Outras _____</p> <p>Gravidez <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Idade gestacional _____ semanas <input type="checkbox"/> Atraso menstrual _____</p> <p>Hemotransusão Anterior <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p>Obs.: _____</p> <p>Endócrino <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____ <input type="checkbox"/> Patologia da tireoide <input type="checkbox"/> Outras _____</p> <p>Músculo esquelético <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular <input type="checkbox"/> Outras _____</p>	<p>Neurológico <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p><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 _____</p> <p>Renal <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Outras _____</p> <p>Hematológico <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p><input type="checkbox"/> Transusão prévia <input type="checkbox"/> Coagulopatia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Outras _____</p> <p>Antecedentes Familiares <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Negativo</p> <p>Obs.: _____</p>
Tipo/Agente	Reação										

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	<input type="checkbox"/> Emergência	<input type="checkbox"/> Hemocomponentes <input type="checkbox"/> 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
Move 2 Membros	1 20-49% pré-anestésico	1 Ao chamado	1 Limite, dispneia	>90% em O2
Move 0 Membros	0 50% do pré-anestésico	0 Não responde	0 Apneia	<90% em O2
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
		/ /		