

# AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

		Endereço				
		Cirurgião (serviço)	Telefone			
Horas	Data	Cirurgia/ Procedimento proposto	Convênio			
____:____	____/____/____		Matrícula			
Estado Físico (ASA)		<input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência	História clínica e exames físicos se negativos, assinale sem particularidades <input type="checkbox"/> (SP)	<input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Internado	Altura	Peso
1	2	3	4	5	6	
Cardiovascular		<input type="checkbox"/> (SP)	Respiratório	<input type="checkbox"/> (SP)	Exames e laboratórios	
					PaO <sub>2</sub> _____	Uréia
					PCO <sub>2</sub> _____	Glicose
ECG					Na	TP
FC	PA		Espirometria VEF 1		K	TTP
Cine	FE		Neurológico	<input type="checkbox"/> (SP)	Creatinina	Plaquetas
Eco	<input type="checkbox"/> (SP)	FE	Endócrino/ Reprodutor	<input type="checkbox"/> (SP)	Outro	
					Digestivo	<input type="checkbox"/> (SP)
			Oncológico	<input type="checkbox"/> (SP)	Renal-Urinário	<input type="checkbox"/> (SP)
Medicações em uso/ Dose/ Horário					Ortopédico	<input type="checkbox"/> (SP)
Pré-medicação dosagens, horário		Cirurgias/ Anestesias prévias – Pós Operatório			Via aérea/ Prótese <input type="checkbox"/> (SP)	
NPO a partir das ____:____ (horas)					Mallampatti I, II, III, IV    IOT difícil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Horas	Data				Alergias <input type="checkbox"/> Nega	
____:____	____/____/____					
Anestesiologista		Técnica Anestésica Planejada			Sangramentos/ Hematologia <input type="checkbox"/> Nega	
CREMERS:		<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Sedação			
		<input type="checkbox"/> Condutiva	<input type="checkbox"/> Local com monit.			
Assinatura					Medicamentos especiais <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não	
					Necessidade de monitorização especial <input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não	
Observações						