

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

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