

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

		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"/>
Dispnéia:	<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"/>	<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	
Problema de coluna?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teve febre alta quando foi operado?		<input type="checkbox"/>	<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 (diets)

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= _____ Pla= _____
 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

<p style="text-align: center;">Teste de Mallampati</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">Distância Esterno-Mento</p> <div style="text-align: center;"> </div>	<p style="text-align: center;">Exames Pré-anestésicos Mínimos Recomendáveis</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">1. ASA I</td> <td style="width: 15%;">< 50 a.</td> <td style="width: 70%;">Hb/Ht</td> </tr> <tr> <td></td> <td>51 – 65 a.</td> <td>Hb/Ht, ECG</td> </tr> <tr> <td></td> <td>> 65 a.</td> <td>Hb/Ht, ECG, creatinina, glicemia</td> </tr> <tr> <td></td> <td>> 75 a.</td> <td>Hb/Ht, ECG, creatinina, glicemia, RX tórax</td> </tr> <tr> <td>2. ASA II</td> <td>qualquer idade</td> <td>Hb/Ht + exames de acordo com a doença</td> </tr> <tr> <td>2. ASA II</td> <td>com doença cardiovascular</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>qualquer idade</td> <td>Hb/Ht, ECG, RX tórax, creatinina, Na⁺, K⁺ (se usar diuréticos)</td> </tr> <tr> <td>3. ASA II</td> <td>com diabetes</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>qualquer idade</td> <td>Hb/Ht, ECG, creatinina, glicemia, RX de tórax, Na⁺, K⁺</td> </tr> <tr> <td>4. ASA III / IV / V</td> <td></td> <td>Hb/Ht, ECG, RX tórax, glicemia, Na⁺, K⁺ + exame de acordo com a doença</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Tempo de validade: 01 ano para pacientes ASA I e ASA II</p> <p>Exceção: exames que podem sofrer alterações mais frequentes devido à doença e/ou tratamento.</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	2. ASA II	qualquer idade	Hb/Ht + exames de acordo com a doença	2. ASA II	com doença cardiovascular			qualquer idade	Hb/Ht, ECG, RX tórax, creatinina, Na ⁺ , K ⁺ (se usar diuréticos)	3. ASA II	com diabetes			qualquer idade	Hb/Ht, ECG, creatinina, glicemia, RX de tórax, Na ⁺ , K ⁺	4. ASA III / IV / V		Hb/Ht, ECG, RX tórax, glicemia, Na ⁺ , K ⁺ + exame de acordo com a doença
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																													
2. ASA II	qualquer idade	Hb/Ht + exames de acordo com a doença																													
2. ASA II	com doença cardiovascular																														
	qualquer idade	Hb/Ht, ECG, RX tórax, creatinina, Na ⁺ , K ⁺ (se usar diuréticos)																													
3. ASA II	com diabetes																														
	qualquer idade	Hb/Ht, ECG, creatinina, glicemia, RX de tórax, Na ⁺ , K ⁺																													
4. ASA III / IV / V		Hb/Ht, ECG, RX tórax, glicemia, Na ⁺ , K ⁺ + exame de acordo com a doença																													

Distância Esterno-Mento – 12,5