

PESO (Kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (hs)	Nome: _____ _____
						Sólidos: _____	
Atenção especial para os seguintes itens:						Líquidos: _____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____
ASA: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>							

CIRURGIA / PROCEDIMENTO

CIRURGIA / PROCEDIMENTO

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Cardio-circulatório **Negativo**

Tolerância ao exercício _____

Hipertensão Valvulopatia
 Angina Arritmia
 Coronariopatia Angioplastia
 Infarto do miocárdio DVP
 Insuf. Cardíaca AAA
 Outras _____

Respiratório **Negativo**

Dependência O₂ Asma
 Apnéia do sono Tuberculose
 IVAS recente DPOC
 Expectoração
 Outras _____

Gastrointestinal/hepático **Negativo**

Ref. Gastro-esofágico Gastrite
 Úlcera péptica Hepatite
 Vômito/diarréia Icterícia
 Hérnia de hiato Cirrose
 Obst. intestinal
 Outras _____

Neurológico **Negativo**

Convulsões AVC
 Dormência/fraqueza Cefaléia
 Lesão medular PIC
 Outras _____

Renal **Negativo**

Doença renal crônica Diálise
 Insuficiência renal
 Outras _____

Hematológico **Negativo**

Transusão prévia Coagulopatia
 Plaquetopatia Anemia
 Outras _____

Músculo esquelético **Negativo**

Dor lombar Artrite
 Musculodistrofia
 Outras _____

Endócrino **Negativo**

Diabetes tipo _____
 Patologia da tireóide
 Outras _____

Câncer **Negativo**

Quimioterapia Radioterapia
 Outras _____

Infeccioso **Negativo**

HIV
 Outras _____

Gravidez **Negativo**

Idade gestacional _____ semanas

NEONATAL E PEDIATRIA

Crianças abaixo de 1 ano **Negativo**

Condições de Nascimento

Internação Alta com a mãe

Termo _____

Pré-termo: _____

Idade gestacional _____ semanas
 Idade pós-conceptual _____ semanas
 (idade gest. + idade atual)

Hábitos Sociais **Negativo**

Tabaco _____ cigarros/dia
 Álcool _____ Drogas
 Outras _____

Alergias **Negativo**

Tipo/Agente	Reação

Cirurgia/anestesia prévia **Negativo**

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes

Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório

Sim Não

Histórico familiar - problemas com anestesia Sim Não

Exame físico

Cardíaco _____
 Resp _____
 Neur _____
 Regional _____
 Outro _____

Laboratório

Hb	Ht	Na

K	Plaquetas	Glicose

Medicação (verificar se tomou no dia da cirurgia)

-Via aérea

História de via aérea difícil
 Sim Não

Mallampati
 I II III IV

Distância esterno/mento
 _____ cm

Dentição/Prognatismo

Outros

Hemorragias **Negativo**

Tipagem solicitada _____
 Reserva de _____ U Conc. Glob

Mallampati
 I II III IV
 Emergência: Sim Não

Comentários sobre os achados

DATA	HORA
____/____/____	____:____

ASSINATURA

Anestesiologista responsável pela visita pré anestésica	CRM

Elaborador: DR° MIGUEL PORTO/ JANAINA CAVALCANTI

Aprovador: Dr. CARLOS EDUARDO FERRAZ

	CENTRO CIRURGICO – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO					
	Elaboração 02/03/2016	Efetivação 19/11/2018	Código: HEO. CCI.DOC.107	Versão: 01	Página 2/2	
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO						

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____

Nome: _____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

REPRESENTANTE OU RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Grau de Relacionamento: _____

Declaro ainda que:

1 - A proposta do procedimento anestésico / sedação a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos;

2 - Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;

3 - Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse;

4 - Também entendi que a qualquer momento e sem a necessidade de nenhuma explicação poderei revogar este consentimento antes que o procedimento se realize.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____: ____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Anestesista

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO:
Setor: CENTRO CIRURGICO	Setor: DIRETORIA MÉDICA
Nome DRº MIGUEL PORTO/ JANAINA CAVALCANTI	Nome: Dr. CARLOS EDUARDO FERRAZ
Assinatura/Data:	
Vigência: 19/07/2020	