

Nome completo: _____
Data de nascimento: ____/____/____
Sexo: M F Registro: _____
Leito/Andar: _____

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui.

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

Nome Completo (Paciente): _____ Registro: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Procedimento Cirúrgico Proposto: _____

ANAMNESE			
	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
DOENÇAS CARDIOVASCULARES			
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS			
DOENÇAS NEUROLÓGICAS			
DOENÇAS HEMATOLÓGICAS			
DOENÇAS HEPÁTICAS			
DOENÇAS ENDÓCRINAS			
DOENÇAS HEREDITÁRIAS			
ALERGIA			
FITOTERÁPICOS EM USO			
CIRURGIAS PRÉVIAS			
INTERCORRÊNCIAS ANESTÉSICAS			
PRÓTESES E ORTESES			
JEJUM			

Observações: _____

EXAME FÍSICO Sem alterações

- DISTÂNCIA TIREOMENTONIANA < 6CM
- MOBILIDADE ATLANTOCCIPITAL REDUZIDA
- MALLAMPATI ≥ II
- PESCOÇO CURTO
- DISTÂNCIA INTERINCISIVOS < 3CM
- APARELHO CARDIO VASCULAR – Qual? _____
- APARELHO RESPIRATÓRIO – Qual? _____

EXAMES COMPLEMENTARES Sem alterações

HEMOGRAMA: _____
BIOQUÍMICA: _____
ECG: _____ RX DO TÓRAX: _____
OUTROS: _____

ESTADO FÍSICO

- ASA I
- ASA II
- ASA III
- ASA IV
- ASA V
- ASA VI
- E

PESO: _____
MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA: _____
Telefone do Anestesiologista: _____

Assinatura/ Carimbo do anestesiolgista

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Autorizo o Dr. (a) _____ a realizar na minha pessoa, o (s) seguinte (s) procedimento (s) invasivo (s) ou cirurgia (s): _____

Autorizo o mesmo a ter uma cópia do relatório cirúrgico respeitados os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

A proposta do procedimento me foram explicadas claramente. Tive oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Entre as complicações potenciais e os riscos pode-se citar especialmente:

De acordo:

Paciente Responsável

Nome legível: _____

Assinatura: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo o Dr. (a) _____ a realizar na minha pessoa, anestesia/sedação para o seguinte procedimento _____.

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

Entre as complicações potenciais e os riscos pode-se citar especialmente os seguintes: dor ou desconforto após o término da anestesia, náuseas e/ou vômitos, lesão a veias e/ou artérias, reações alérgicas, infecção arterial, sensação residual da anestesia, frio ou tremores ao despertar, complicações da transfusão sanguínea, vermelhidão em partes do corpo, perda da sensação e/ou da função das extremidades do corpo, dano ao cérebro e perda de vida. Complicações e/ou riscos adicionais conforme o tipo de anestesia:

Anestesia Geral: dor de garganta, rouquidão, dano e lesão e aos dentes e às vias aéreas, consciência durante anestesia, lesão aos olhos, febre, hipotermia maligna ou cegueira.

Anestesia Regional: necessidade de mudança para anestesia geral, dor de cabeça ou sensação de anestesia residual.

Anestesia Local com Sedação: dor de garganta, rouquidão, dano e lesão aos dentes e às vias aéreas ou necessidade de mudança para anestesia geral.

Outros: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido ou cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento. Autorizo também a realização de fotos e/ou vídeos, para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilos impostos da legislação vigente.

Confirmo que recebi explicações, li, 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 os quais não concordasse e também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Paciente Responsável

Nome legível: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade: _____

Assinatura: _____

Rio de Janeiro: ____/____/____ Hora: ____:____

DEVE SER PREENCHIDO PELO ANESTESISTA E CIRURGIÃO

Expliquei todo procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao ser responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Rio de Janeiro ____/____/____ Hora: ____:____

Cirurgião (carimbo e assinatura) Anestesiologista (carimbo e assinatura)

Revogação: Rj, ____/____/____ Hora: ____:____

Paciente ou Responsável / Representante legal: _____

PREENCHIMENTO E USO EXCLUSIVO DO SETOR DE DESTINO DO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO.

PARA SER PREENCHIDO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Nome completo: _____
Sexo: M F
Data de nascimento: ____/____/____
Registro: _____
Leito/Andar: _____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui.

Técnica Anestésica: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

Data: ____/____/____

UNIDADES DE INTERNAÇÃO - INTERCORRÊNCIAS PÓS-OPERATÓRIO

Sem intercorrências Intercorrência Evitada Com Intercorrências (Assinalar nas opções abaixo)

Cardiovasculares

- Hipertensão significativa (PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 110 mmHg)
- Hipotensão significativa (PAS ≤ 80 e/ou PAD ≤ 40 mmHg)
- Arritmia
- Edema agudo de pulmão
- Parada cardíaca
- Outros: _____

Respiratórias

- Bradipnéia (FR < 8 irpm)
- Hipoxemia significativa (SpO₂ < 90% sem O₂)
- Broncoaspiração
- Broncoespasmo
- Insuficiência Respiratória
- Outros: _____

Neurológicas

- Sedação profunda (Escala de RASS)
- Agitação psicomotora
- Desorientação
- Convulsão
- Bloqueio regional excessivo - Escala de Bromage 2-3 (> 3 hs)
- Parastesias Local: _____
- Catetela postural
- Outros: _____

Clinicas

- Prurido
- Hiperemia Local:
- Febre (Tax > 37,5° C)
- Náuseas e Vômitos
- Sangramento excessivo com ou sem transfusão sanguínea
- Retorno a sala de operação
- Retenção urinária
- Dor de garganta
- Hipotermia / tremores (Tax < 35,9°)
- Dor de difícil controle (EVA > 3)
- Admissão no CTI não planejada.
- Móbito: _____
- Outros: _____

Enfermeira: _____