RIOS D'OR HOSPITAL

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

Prezado(a) Cirurgião (ã),

Segundo a política do Hospital Rios D'Or, para que os pacientes sejam encaminhados ao Centro Cirúrgico é necessário que os termos de consentimentos cirúrgico e anestésico estejam preenchidos e, nos casos em que caiba a marcação do sítio cirúrgico (lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos), esta também deve estar devidamente marcada no paciente.

## AVALIAÇÃO CIRÚRGICA PRÉ-OPERATÓRIA

Diagnóstico: _____

☐ Cirurgia eletiva ☐ Cirurgia de urgência / emergência

Procedimento Proposto: _____

História Clínica: _____

_____

Cirurgias prévias:
☐ Não
☐ Sim
☐ Qual(is)? _____

Alergia Medicamentosa:
☐ Não
☐ Sim
☐ Qual?_____

Alergia ao látex:
☐ Não
☐ Sim

Prevista necessidade de hemotransfusão:
☐ Não
☐ Sim

Profilaxia contra trombose venosa profunda:
☐ Não
☐ Sim

Antibioticoprofilaxia:
☐ Não
☐ Sim
☐ Qual?_____

Unidade de destino para o pós operatório:
☐ Unidade de internação
☐ CTI
☐ Outros: _____

Nome do Médico(a): _____ CRM: _____
(Letra legível ou carimbo)

Rio de Janeiro,_____/_____/_____. Hora: _____ : _____

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

**1.** Autorizo o Dr.(a) _____ realizar na minha pessoa o (s) seguinte (s) procedimento (s) invasivo (s) e / ou cirurgia (s): _____

_____

_____

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

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

**4.** Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e outros hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

**5.** Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

**6.** Autorizo 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.

**7.** 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. 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 MÉDICO

Expliquei todo procedimento invasivo e/ou cirurgia ao paciente acima identificado, ou ao seu 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: _____:_____. _____

Médico, CRM.

---

☐ Paciente impossibilitado de assinar e/ou responsável ausente, feito contato verbal com o paciente e/ou responsável e obtido consentimento para o procedimento proposto.

☐ Não foi possível a coleta deste termo de consentimento informado por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA. (Em situações de emergência, dois médicos deverão assinar).

Rio de Janeiro, _____/_____/_____ Hora: _____:_____.

_____ _____

Médico, CRM. Médico, CRM.

---

**Revogação:** RJ, _____/_____/_____ Hora: _____:_____.

Paciente ou Responsável/Representante legal:_____

## PROCEDIMENTO ANESTÉSICO - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

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

_____

**2**. A proposta do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a 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 a artérias, reações alérgicas, infecção, sangramento, falta de ar, queda da oxigenação no sangue, alteração do ritmo do coração, queda ou aumento excessivo da pressão 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 aos dentes e às vias aéreas, consciência durante anestesia, lesão aos olhos, febre, hipertermia 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:** _____

**3**. 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.

**4**. 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:_____ Identidade Nº:_____

Grau de Parentesco:_____ Assinatura:_____

Testemunha:_____ ☐ Não há testemunha

Rio de Janeiro _____/_____/_____ Hora: _____:_____.

### DEVE SER PREENCHIDO PELO ANESTESIOLOGISTA

Expliquei todo procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao seu 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: _____:_____. _____

Médico, CRM.

### TERMO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Eu, _____ identidade nº _____ responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Rios D'Or, até sua residência. Fui orientado a retornar imediatamente ao setor de emergência do Hospital em caso de quaisquer complicações.

Rio de Janeiro _____/_____/_____ Hora: _____:_____. _____

☐ Não se aplica Assinatura do acompanhante

☐ Paciente impossibilitado de assinar e/ou responsável ausente, feito contato verbal com o paciente e/ou responsável e obtido consentimento para o procedimento proposto.

☐ Não foi possível a coleta deste termo de consentimento informado por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA. (Em situações de emergência, dois médicos deverão assinar).

Rio de Janeiro, _____/_____/_____ Hora: _____:_____.

_____ _____

Médico, CRM. Médico, CRM.

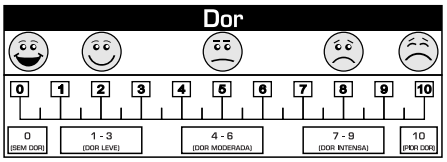
**Revogação:** RJ, _____/_____/_____ Hora: _____:_____.

Paciente ou Responsável/Representante legal:_____

# FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

| Peso (kg) | Altura (cm) | PA | FC | Temp | FR | Jejum (h) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Sólidos _____ Líquidos_____ |

Adulto Criança




| CIRURGIA/PROCEDIMENTO | DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO |
|---|---|
| | |

## AVALIAÇÃO CLÍNICA

**Cardiocirculatório** ☐ **Negativo**

Tolerância ao exercício_____

☐ Hipertensão ☐ Valvulopatia
☐ Angina ☐ Arritmia
☐ Coronariopatia ☐ Angioplastia
☐ Infarto do miocárdio ☐ TVP
☐ Insuficiência Cardiaca ☐ Aneurisma Aórtico
☐ Outras:_____

**Respiratório** ☐ **Negativo**

☐ Dependência O2 ☐ Asma
☐ Apneia do sono ☐ Tuberculose
☐ IVAS recente ☐ DPOC
☐ Expectoração
☐ Outras:_____

**Gastrointestinal / Hepático** ☐ **Negativo**

☐ Ref. Gastroesofágico ☐ Gastrite
☐ Úlcera péptica ☐ Hepatite
☐ Vômito / Diarreia ☐ Icterícia
☐ Hérnia de Hiato ☐ Cirrose
☐ Obstrução Intestinal
☐ Outras:_____

**Neurológico** ☐ **Negativo**

☐ Convulsões ☐ AVC
☐ Dormência / Fraqueza ☐ Cefaleia
☐ Lesão Medular ☐ PIC
☐ Outras:_____

**Renal** ☐ **Negativo**

☐ Doença Renal Crônica
☐ Insuficiência Renal Aguda ☐ Diálise
☐ Outras:_____

**Hematológico** ☐ **Negativo**

☐ Transfusão Prévia ☐ Coagulopatia
☐ Plaquetopatia ☐ Anemia
☐ Outras:_____

**Músculo esquelético** ☐ **Negativo**

☐ Dor Lombar
☐ Atrofia Muscular ☐ Artrite
☐ Outras:_____

**Endócrino** ☐ **Negativo**

☐ Diabetes tipo_____
☐ Patologia da tireóide
☐ Outras:_____

**Câncer** ☐ **Negativo**

☐ Quimioterapia
☐ Radioterapia
☐ Outras:_____

**Infeccioso** ☐ **Negativo**

☐ HIV
☐ Outras:_____
☐ Pneumonia ☐ ITU
☐ Viroses Comuns da Infância

**Gravidez** ☐ **Negativo**

☐ Idade gestacional_____semanas

**Hábitos Sociais** ☐ **Negativo**

☐ Tabaco _____ cigarros/dia
☐ Álcool ☐ Drogas
☐ Outras: _____

**Alergias** ☐ **Negativo**

| Tipo/Agente | Reação |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

**Cirurgia prévia** ☐ **Negativo**

Qual? _____

**Anestesia prévia** ☐ **Negativo**

Qual? _____

**Faz uso de Heparina, AAS, Clopidogrel, HBPM, Ticlopidina?**
☐ Sim ☐ Não

**Histórico de náuseas/vômitos no pós-operatório**
☐ Sim ☐ Não

**Histórico familiar – problemas com anestesia**
☐ Sim ☐ Não

**1) Exame Físico**

☐ Cardíaco_____
☐ Resp_____
☐ Neuro_____
☐ Regional_____
☐ Outro_____

**2) Laboratório**

| | | |
|---|---|---|
| Hb | Hto | Na+ |
| K+ | Plaquetas | Glicose |
| INR | | |

**3) Exames Complementares**

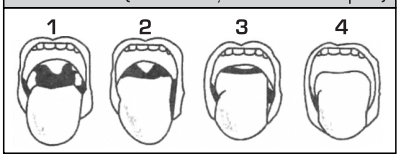
☐ ECG _____
☐ ECO _____
☐ RX TÓRAX _____
☐ Outros _____

| **Medicação** (verificar se tomou no dia da cirurgia) |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |

**VIA AÉREA**

**Abert. Boca:** ☐ Normal ☐ Diminuída
**Mandíbula:** ☐ Normal ☐ Prognata ☐ Retrognata
**Mobil Atlanto-occip:** ☐ Normal ☐ Diminuída
**Dist. Tireoment > 6,5cm:** ☐ Sim ☐ Não
**Prót. Dent:** ☐ Sim ☐ Não
**Dentes:** ☐ Conservado ☐ Mal conservados
**Pescoço:** ☐ Curto ☐ Longo ☐ Largo

**VIA AÉREA** (Classificação de Mallampati)




**VIDE FOLHA**

**Antibióticoprofilaxia Necessária:**
☐ Sim ☐ Não

**Avaliação ASA**

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI

**Emergência** ☐ Sim ☐ Não

**PLANEJAMENTO ANESTÉSICO**

_____

**MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA**

_____

| Data | Hora |
|---|---|
| _____/_____/_____ | _____:_____ |

**Comentários sobre os achados:**

_____
_____
_____
_____

Assinatura/Carimbo: _____ Telefone: _____