

# Avaliação de Risco para Tromboembolismo Venoso (TEV) em Pacientes Cirúrgicos

|                                              |  |                                                 |  |
|----------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|
| PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA         |  | Data da avaliação ____/____/____ Hora ____:____ |  |
| Nome _____                                   |  | Responsável pela avaliação _____                |  |
| Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____ |  |                                                 |  |
| Convênio _____                               |  |                                                 |  |
| Registro _____ Leito _____                   |  | Carimbo e assinatura _____                      |  |

EQUIPE INTERDISCIPLINAR

☐ Cirurgia de risco alto

☐ Cirurgia de porte médio e alto

☐ Cirurgia de pequeno porte < 60 min. e internação < 2 dias

☐ Artroplastia de joelho  
☐ Artroplastia de quadril  
☐ Cirurgia Bariátrica  
☐ Fratura de quadril  
☐ Oncológica curativa  
☐ Politrauma  
☐ Trauma Raquimedular

☐ > 60 anos  
☐ 40-60 anos  
☐ < 40 anos

☐ Endoscópica\*  
☐ Laparoscópica  
☐ Oftalmológica  
☐ Superficial (mama, plástica, dermatológica)  
☐ Outra: \_\_\_\_\_

☐ + Fatores de risco para TEV # ?  
☐ Sim ☐ Não

☐ Fatores de risco para TEV # ?  
☐ Sim ☐ Não

**RISCO ALTO**

**RISCO INTERMEDIÁRIO**

**RISCO BAIXO**

**Contraindicação para anticoagulante?** ☐ Sim ☐ Não  
☐ Alergia ou plaquetopenia por heparina  
☐ Coagulopatia (plaquetopenia ou INR > 1,5)  
☐ Insuficiência renal (C1 Cr<sup>o</sup> < 30 mL/min)  
☐ HAS não controlada (> 180 x 110mm Hg)  
☐ Sangramento ativo  
☐ Úlcera péptica ativa

**# Marcar fatores de risco para TEV presentes**  
☐ Câncer  
☐ Cateteres venosos centrais  
☐ Doença inflamatória intestinal ativa  
☐ Doença respiratória grave  
☐ Doença reumática ativa  
☐ Gravidez / Puerpério  
☐ História prévia de TEV  
☐ ICC classe III ou IV  
☐ Infecção grave  
☐ Insuficiência arterial periférica  
☐ Internação em UTI  
☐ Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup>)  
☐ Paresia ou paralisia de MMII)  
☐ Químico / Hormonioterapia  
☐ Reposição hormonal / CCH  
☐ Síndrome nefrótica ativa  
☐ Trombofilias  
☐ Varizes / Insuficiência venosa

**Heparina +**  
☐ HNF  
☐ Enoxaparina  
 Data início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Tempo de profilaxia recomendado**  

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| ATQ e Fratura de quadril | 4 a 5 semanas      |
| ATJ                      | Pelo menos 10 dias |
| Oncológica <sup>§</sup>  | 3 a 4 semanas      |
| Politrauma e TRM         | Até recuperação    |
| Demais                   | 7 a 10 dias        |

 Carimbo e assinatura \_\_\_\_\_

**Observações**  
 \* Inclui ressecção prostática transuretral.  
<sup>o</sup> C1 Cr = (Peso em kg) X (140 - idade) X (0,85 se mulher) / (72) X (Cr) [normal > 80].  
 + Em cirurgia bariátrica, considerar doses maiores: enoxaparina 40mg 2x/dia, nadroparina 5.700 U 1x/dia ou HNF 7.500 U 3x/dia.  
 § Estudos principalmente em cirurgia abdominal e pélvica, potencialmente curativa.  
 ≈ Uso isolado é grau de recomendação fraca, segundo a 9ª ACCP.

**MÉDICO**  
 Nas cirurgias ortopédicas "artroplastia total de quadril e artroplastia total de joelho", a **rivaroxabana** pode ser utilizada como opção.  
 Ciente, porém recusa a profilaxia farmacológica.  
 Carimbo e assinatura do médico \_\_\_\_\_

**Métodos mecânicos?**  
☐ Meias Elásticas de Compressão Gradual (MECG) ≈  
☐ Compressão Pneumática Intermitente (CPI)  
☐ Fisioterapia motora para MMII (mobilidade dos pés/pernas)  
☐ Outros  
 Data início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**(Reavaliar em 2 dias)**

434169 - ITA 40130.PQ.151 - Jan.2014 - Versão 04

|  |                                                      |  |
|--|------------------------------------------------------|--|
|  | PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA                 |  |
|  | Nome _____                                           |  |
|  | Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____ |  |
|  | Convênio _____                                       |  |
|  | Registro _____ Leito _____                           |  |

|                             |                                                                    |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                             | <input type="checkbox"/> Risco mantido                             |                      |
| Data: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Risco alterado<br>(abrir novo formulário) | _____ Nome e Carimbo |

|                             |                                                                    |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                             | <input type="checkbox"/> Risco mantido                             |                      |
| Data: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Risco alterado<br>(abrir novo formulário) | _____ Nome e Carimbo |

|                             |                                                                    |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                             | <input type="checkbox"/> Risco mantido                             |                      |
| Data: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Risco alterado<br>(abrir novo formulário) | _____ Nome e Carimbo |

|                             |                                                                    |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                             | <input type="checkbox"/> Risco mantido                             |                      |
| Data: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Risco alterado<br>(abrir novo formulário) | _____ Nome e Carimbo |

|                             |                                                                    |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                             | <input type="checkbox"/> Risco mantido                             |                      |
| Data: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Risco alterado<br>(abrir novo formulário) | _____ Nome e Carimbo |

|                             |                                                                    |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                             | <input type="checkbox"/> Risco mantido                             |                      |
| Data: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Risco alterado<br>(abrir novo formulário) | _____ Nome e Carimbo |

|                             |                                                                    |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                             | <input type="checkbox"/> Risco mantido                             |                      |
| Data: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Risco alterado<br>(abrir novo formulário) | _____ Nome e Carimbo |

|                             |                                                                    |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                             | <input type="checkbox"/> Risco mantido                             |                      |
| Data: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Risco alterado<br>(abrir novo formulário) | _____ Nome e Carimbo |

|                             |                                                                    |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                             | <input type="checkbox"/> Risco mantido                             |                      |
| Data: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Risco alterado<br>(abrir novo formulário) | _____ Nome e Carimbo |

|                             |                                                                    |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                             | <input type="checkbox"/> Risco mantido                             |                      |
| Data: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Risco alterado<br>(abrir novo formulário) | _____ Nome e Carimbo |

|                             |                                                                    |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                             | <input type="checkbox"/> Risco mantido                             |                      |
| Data: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Risco alterado<br>(abrir novo formulário) | _____ Nome e Carimbo |