

**PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Cirurgia Proposta: \_\_\_\_\_

Cirurgião: Dr. \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

SEM ALTERAÇÃO		HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO			
Sist. Circulatório -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> ARRITMIA	<input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> ICC	<input type="checkbox"/> STENT <input type="checkbox"/> ICo	<input type="checkbox"/> REVASC. MIOC. <input type="checkbox"/> MP
Sist. Respiratório -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> APNEA SONO	<input type="checkbox"/> BRONQUITE	<input type="checkbox"/> ASMA
Sist. Digestório -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GASTRITE	<input type="checkbox"/> D. REFLUXO	<input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO	<input type="checkbox"/> COLECISTOPATIA
Sist. Gênero - Urinário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CALCULOSE	<input type="checkbox"/> DISF. RENAL	<input type="checkbox"/> INSUF. RENAL	
Sist. Neuromúsculo - Esquelético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MIASTENIA GRAVIS	<input type="checkbox"/> HIPERTERMIA		
Sist. Nervoso Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> CONVULSÃO	<input type="checkbox"/> TCE	<input type="checkbox"/> HEMATOMA
Sist. Endócrino -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> PAT. TIREOIDE (HIPO/HIPER)	<input type="checkbox"/> OBESIDADE	<input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIA
Sist. Ocular Auditivo -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GLAUCOMA			
Sist. Hematopoiético -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> USO ANTICOAGULANTES	<input type="checkbox"/> _____		
Doença Infecto - Contagiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HEPATITE	<input type="checkbox"/> _____		
Neoplasia -	<input type="checkbox"/>				
Pele e Anexos -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LESÕES DE PELE			
<b>Alergias:</b>	<input type="checkbox"/>	Desconhece:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> LATEX	
-		-	-		
-		-	-		

Hábitos:  Nenhum  Tabagismo  Etilismo  Outros: \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

Medicações em Uso:  **NEGA**

- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Antecedentes Anestésicos (pessoais e familiares)**

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

Medicação Pré-Anestésica			
Data	Medicação e dose	Via	Hora

Dados Complementares

Dados Vitais	
PA	mm Hg
P	/min.
T	°C
FR	ipm
Dor	
Peso	Kg
Altura	m
Dados Laboratoriais	
Hb	
Ht	
Plaq	
TP	
TTPA	
TS	
TC	
Glic	
Na	
K	
Ca	
Uréia	
Creat	
Tipagem Sang.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

VIA AÉREA	
Abert. Boca:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída
Mandib.:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prog. <input type="checkbox"/> Retrog.
Mallampati:	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Mobil. Atlanto-occip.:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída
Dist. Tireoment. (	6,5 cm)
Prót. Dent:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fixa
Jejum desde:	Sólidos - Líquidos -

Risco de broncoaspiração

Risco trauma dentário

**Anestesia proposta**

**ASA: P1 - P2 - P3 - P4 - P5 - P6 - E**

Anestesiologista: \_\_\_\_\_

(Nome Legível / CRM / Assinatura)



Anotações:

Reposição Volêmica (total)			Perdas			Balanço	
- Cristalóide		-	- Sangue		- Cont. Gástrico		- Reposição
- Colóide		-	- Urina:		-		- Perdas
- Conc. Hemáceas		-	- Líq. Ascítico		-		- TOTAL

Local de Procedimento	Técnica Anestésica	Ventilação
<input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico <input type="checkbox"/> Centro Diagnóstico <input type="checkbox"/> Litotripsia / Ultrassom <input type="checkbox"/> Endoscopia <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Assist. Clínica <input type="checkbox"/> Geral: <input type="checkbox"/> Ev. <input type="checkbox"/> Inal. <input type="checkbox"/> Bal. <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Locorregional: <input type="checkbox"/> Subaracnóidea <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> C/Cateter <input type="checkbox"/> Duplo Bloq. Ag. N° _____ <input type="checkbox"/> Bloqueio de Plexo: <input type="checkbox"/> Interescalênico <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Caudal <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Uso de Estim. Nervos <input type="checkbox"/> Uso de Ultrassom	<input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> VCM <input type="checkbox"/> Másc. Facial <input type="checkbox"/> Cateter O2 <input type="checkbox"/> Másc. Latingea: N° _____ <input type="checkbox"/> Intubação Sonda N° _____ <input type="checkbox"/> Orotraqueal <input type="checkbox"/> Endobrônquica <input type="checkbox"/> Nasotraqueal <input type="checkbox"/> Fastrack <input type="checkbox"/> Simples <input type="checkbox"/> Aramada <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Guedel <input type="checkbox"/> _____
Acesso Venoso	Check List	Recursos Utilizados
Periférico n° _____ Local: _____ Central / Via: _____ Cateter / Tipo: _____ Intercorrências: _____ Outros: _____ <input type="checkbox"/> Uso de Ultrassom	<input type="checkbox"/> Equip. / Materiais Anestesia <input type="checkbox"/> Termo de consentimento anestesia <input type="checkbox"/> Paciente identificado <input type="checkbox"/> Avaliação Pré-Indução	<input type="checkbox"/> Eq. Aquecedor Líquidos <input type="checkbox"/> Manta Térmica <input type="checkbox"/> Fibroscopia <input type="checkbox"/> Sonda Fouchet N° _____ <input type="checkbox"/> Sonda Gástrica N° _____ <input type="checkbox"/> Vigileo <input type="checkbox"/> Diprifusor <input type="checkbox"/> Bomba Infusão <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
Acesso Arterial	Analgesia Proposta	
Cateter n° _____ Local: _____ Intercorrências: _____	<input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> PCA Venoso <input type="checkbox"/> PCA Peridural <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> Intratecal <input type="checkbox"/> _____	

Exames Intra-Operatórios				
Hora :				
Hb / Ht				
Na / K				
Ca / Glic				
pH / PaCO <sub>2</sub>				
Bic / BE				
PaO <sub>2</sub> / SatO <sub>2</sub>				
Lactato				

Encaminhamento	
<input type="checkbox"/> Acordado	<input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Óbito
Destino PO	
<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Leito <input type="checkbox"/> Semi
Anestesiologista:	
_____ Nome legível / Assinatura / CRM	
Anestesiologista:(substituição)	
1.	Entrada: _____ Saída: _____
2.	Entrada: _____ Saída: _____



## Estado Físico segundo a Classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA)

Estado físico	Descrição
ASA 1 (P1)	Paciente sadio sem alterações orgânicas
ASA 2 (P2)	Paciente com alteração sistêmica ou moderada causada pela doença cirúrgica ou doença sistêmica.
ASA 3 (P3)	Paciente com alteração sistêmica de qualquer causa com limitação funcional.
ASA 4 (P4)	Paciente com alteração sistêmica que representa risco de vida.
ASA 5 (P5)	Paciente Moribundo que não é esperado sobreviver sem cirurgia
ASA 6 (P6)	Paciente doador de órgãos.
E	Condição de emergência.

**Política de monitorização de procedimentos anestésicos durante o período perioperatório.**  
Elaborada na Oficina: Anestesia Segura - Corpo

### Cirurgia de Pequeno porte

ASA ≤ III	- Monitorização básica - Considerar outros Monitores*
ASA IV, V	- Monitorização básica - Considerar monitorização hemodinâmica avançada - Considerar outros Monitores*

### Cirurgia de Médio porte

ASA I, II	- Monitorização básica - Considerar outros Monitores*
ASA III	- Monitorização básica - Considerar monitorização hemodinâmica avançada
ASA IV, V	- Monitorização básica + hemodinâmica avançada - Considerar outros Monitores*

### Cirurgia de grande porte

ASA I	- Monitorização básica - Considerar outros Monitores e hemodinâmica avançada
ASA ≥ II	- Monitorização básica + hemodinâmica avançada - Considerar outros Monitores*

\* Verificar indicação:  
Índice bispectral (BIS), estimulador de nervo periférico, ultrassom, ecotransesofágico.

### Monitorização básica

- ECG
- Pressão arterial não invasiva
- Oximetria de pulso
- Capnografia
- Temperatura (mais de 2 horas)

### Monitorização hemodinâmica avançada

- Pressão arterial invasiva
- Medida minimamente invasiva do débito cardíaco
- Variação do volume sistólico
- Pressão / saturação venosa central
- Cateter artéria pulmonar
- Ecocardiograma transesofágico

Deve ser utilizado de maneira escalonada de acordo com a gravidade do paciente e complexidade de cirurgia.

### Anestesiologia

1. IAM prévio
2. Cardiopatias
3. DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)
4. Insuficiência renal
5. AVE (Acidente Vascular Encefálico) prévio
6. Diabetes Mellitus
7. Obesidade Mórbida
8. Alergias e medicamentos / Latex
9. Uso de anticoagulante
10. Hepatite