

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			
Alergias:	<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)

FICHA DE ANESTESIA - INTRA-OPERATORIO

Data: / / Anestesiologista: Dr.

Cirurgião: Dr.

Int. Cirúrgica:

Hora:

SpO₂

P_{ET} CO₂

T°C

PVC

BIS

Diurese

- ECG
- SEG - ST
- ARRITMIA
- SPO2
- PETCO2
- ANAL GASES
- PANI
- PAM
- BIS
- TOF
- TEMP
- DIURESE
- PVC
- SVO2
- CAP
- ECOTRANS
- DC

SVO₂
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

AVALIAÇÃO PRÉ INDUÇÃO *

Oxigênio																						
N ₂ O - Ar																						
Sevo / Isof / Desf																						
Antib.:																						

Início da anestesia:	X	Início cirurgia:	—	Término cirurgia:	⊖	T
----------------------	---	------------------	---	-------------------	---	---

Reposição Volêmica	- Ringer Lact.	

Anotações:

Reposição Volêmica (total)			Perdas			Balançaço	
- 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 ₂				
Bic / BE				
PaO ₂ / SatO ₂				
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