

# Ficha de Avaliação Pré-Anestésica

Resolução CFM 1802 / 2006

**Preencher quando não houver etiqueta**

Paciente: \_\_\_\_\_

Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

PESO (kg)	ALTURA (cm)	PA	FC	TEMP	FR	JEJUM (h)	DOR											
							Adulto					Criança						
							Sólidos _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							Líquidos _____	0	1	2	3	4	5					

**CIRURGIA / PROCEDIMENTO**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO CLÍNICA**
**CARDIO-CIRCULATÓRIO**  **Negativo**  
 Tolerância ao exercício \_\_\_\_\_  
 Hipertensão  Valvulopatia  
 Angina  Arritmia  
 Coronariopatia  Angioplastia  
 Infarto do miocárdio  DVP  
 Insuf. Cardíaca  AAA  
 Outras \_\_\_\_\_

**RESPIRATÓRIO**  **Negativo**  
 Dependência O<sub>2</sub>  Asma  
 Apnéia do sono  Tuberculose  
 IVAS recente  DPOC  
 Expectoração  
 Outras \_\_\_\_\_

**GASTROINTESTINAL / HEPÁTICO**  **Negativo**  
 Ref. Gastro-esofágico  Gastrite  
 Úlcera péptica  Hepatite  
 Vômito / diarreia  Icterícia  
 Hérnia de hiato  Cirrose  
 Obst. Intestinal  
 Outras \_\_\_\_\_

**NEUROLÓGICO**  **Negativo**  
 Convulsões  AVC  
 Dormência / fraqueza  Cefaléia  
 Lesão medular  PIC  
 Outras \_\_\_\_\_

**RENAL**  **Negativo**  
 Doença renal crônica  Diálise  
 Insuficiência renal  
 Outras \_\_\_\_\_

**HEMATOLÓGICO**  **Negativo**  
 Transfusão prévia  Coagulopatia  
 Plaquetopatia  Anemia  
 Outras \_\_\_\_\_

**MÚSCULO ESQUELÉTICO**  **Negativo**  
 Dor lombar  Artrite  
 Musculodistrofia  
 Outras \_\_\_\_\_

**ENDÓCRINO**  **Negativo**  
 Diabetes tipo \_\_\_\_\_  
 Patologia da tireóide  
 Outras \_\_\_\_\_

**CÂNCER**  **Negativo**  
 Quimioterapia  Radioterapia  
 Outras \_\_\_\_\_

**INFECCIOSO**  **Negativo**  
 HIV  
 Outras \_\_\_\_\_

**GRAVIDEZ**  **Negativo**  
 Idade gestacional \_\_\_\_\_ semanas

**CRIANÇAS ABAIXO DE 1 ANO**  **Negativo**  
**CONDIÇÕES DE NASCIMENTO**  
 Internação  Alta com a mãe  
 Termo  
 Pré-termo:  
 Idade gestacional \_\_\_\_\_ semanas  
 Idade pós-conceptual \_\_\_\_\_ semanas  
 (Idade gest. + idade atual)

**HÁBITOS SOCIAIS**  **Negativo**  
 Tabaco \_\_\_\_\_ Cigarros/dia  
 Álcool \_\_\_\_\_  
 Drogas \_\_\_\_\_  
 Outros \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**  **Negativo**

Tipo/Agente	Reação

**CIRURGIA / ANESTESIA PRÉVIA**  **Negativo**

Cirurgia	Anestesia	Dados relevantes

**HISTÓRICO DE NÁUSEAS / VÔMITOS NO PÓS-OPERATÓRIO**  
 Sim  Não

**HISTÓRICO FAMILIAR - PROBLEMAS COM ANESTESIA**  
 Sim  Não

**EXAME FÍSICO**  
 Cardíaco \_\_\_\_\_  
 Resp \_\_\_\_\_  
 Neuro \_\_\_\_\_  
 Regional \_\_\_\_\_  
 Outro \_\_\_\_\_

**LABORATÓRIO**

Hb	Ht	Na
K	Plaquetas	Glicose

**MEDICAÇÃO** (verificar se tomou no dia da cirurgia)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTO PRÉ-ANESTÉSICO**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**VIA AÉREA**  
 História de via aérea difícil  
 Sim  Não  
**Mallampati**  
 I  II  III  IV  
**Distância esterno / mento**  
 \_\_\_\_\_ cm  
**Dentição/Prognatismo**  
 \_\_\_\_\_  
**Outros**  
 \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO ASA**  
 I  II  III  IV  V  VI  
**Emergência:**  Sim  Não  
**Planejamento Anestésico**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HEMOCOMPONENTES / Quantidade**  
 Concentrado de Hemácias \_\_\_\_\_  
 Concentrado de Plaquetas \_\_\_\_\_  
 Plasmão Fresco \_\_\_\_\_  
 Crioprecipitado \_\_\_\_\_

**UTI**  
 SIM  NÃO  
**Avaliação de outra especialidade**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Liberado para Cirurgia:**  
 SIM  NÃO

**Comentários sobre os achados**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Anestesiologista	CRM

DATA	HORA
/ /	:

**ASSINATURA**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_