

Ficha de Avaliação Pré-Anestésica

Resolução CFM 2174/2017

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Atendimento: _____ Idade: _____

Cirurgião: _____ D.N: _____

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

CIRURGIA / PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO
-------------------------	-------------

AVALIAÇÃO CLÍNICA

CARDIO-CIRCULATÓRIO ☐ Negativo

Tolerância ao exercício _____

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Hipertensão | ☐ Arritmia |
| ☐ Angina | ☐ Angioplastia |
| ☐ Coronariopatia | ☐ DVP |
| ☐ Infarto do miocárdio | ☐ AAA |
| ☐ Insuf. Cardíaca | ☐ DLP |
| ☐ Valvulopatia | |
| ☐ Outras _____ | |

RESPIRATÓRIO ☐ Negativo

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Dependência O ₂ | ☐ 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 _____ | ☐ DLP |
| ☐ 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-conceitual _____ semanas
(Idade gest. + idade atual)

HÁBITOS SOCIAIS ☐ Negativo

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Tabaco _____ | ☐ Cigarros/dia |
| ☐ Alcool _____ | ☐ 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

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 _____ |
| ☐ Plasmo Fresco _____ |
| ☐ Crioprecipitado _____ |

UTI

☐ SIM ☐ NÃO

Avaliação de outra especialidade

Liberado para Cirurgia:

☐ SIM ☐ NÃO

Comentários sobre os achados

DATA	HORA
/ /	:

ASSINATURA/CRM