



**FICHA DE AVALIAÇÃO  
PRÉ-ANESTÉSICA**

**Colar Etiqueta**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

PESO (kg)	ALTURA	PA	TEMP	FR	FC	JEJUM (horas antes da cirurgia)
						Sólidos _____ Líquidos _____ (claros: água, chá, sucos sem resíduos)

DIAGNÓSTICO	CIRURGIA/PROCEDIMENTO

**AVALIAÇÃO CLÍNICA**

<b>Capacidade Funcional</b> <input type="checkbox"/> Boa (>4 MET) <input type="checkbox"/> Sem possibilidade de avaliação clínica <input type="checkbox"/> Ruim (<4 MET)	<b>Cirurgia/ anestesia prévia:</b> <input type="checkbox"/> Negativo Cirurgia: _____ Anestesia: _____	<b>Histórico Familiar/Problemas com Anestesia</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
<b>Cardio Circulatórios</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> IAM (tempo ____) <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> Outras _____	<b>Gastrointestinal/hepático</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Ref. Gastro-esofágico <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Vômito diarreia <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Hérnia de hiato <input type="checkbox"/> Cirrose	<b>Alergia</b> <input type="checkbox"/> Negativo <table border="1"> <tr> <th>Tipo/Agente</th> <th>Reação</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>	Tipo/Agente	Reação						
Tipo/Agente	Reação									
<b>Respiratório</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> IVAS <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Dependência O2	<b>Renal</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Insuf. Renal <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Outros _____	<b>Outras Alterações</b> <input type="checkbox"/> Negativo _____ _____ _____								
<b>Neurológico</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Dormência/Fraqueza <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Lesão Medular <input type="checkbox"/> PIC	<b>Endócrino</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Patologia da Tireóide <input type="checkbox"/> Outros _____	<b>Exames Complementares:</b> Hemoglobina: Hematócrito Leucócitos: Plaquetas: Ureia: Creatina: ECG: Glicose: Atividade Protombiana:								
<b>Músculo esquelético</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Musculodistrofia <input type="checkbox"/> Outros _____	<b>Hematológico</b> <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Transfusão prévia <input type="checkbox"/> Coagulopatia <input type="checkbox"/> Plaquetopatia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Outros _____									

EXAME FÍSICO DIRECIONADO		
<b>História de via aérea difícil?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Intubação/ MALLAMPATI</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
<b>Dist. Esterno/mento</b> <input type="checkbox"/> <12,5 <input type="checkbox"/> >12,5	<input type="checkbox"/> Coluna <input type="checkbox"/> Outros _____	

Comentários sobre achados: \_\_\_\_\_

**CONDUTA FINAL**

<input type="checkbox"/> Em condição para anestesia	<input type="checkbox"/> Reavaliar na internação/ Motivo: _____
<input type="checkbox"/> Reavaliar na S.O / Motivo: _____	<input type="checkbox"/> Sem condições para anestesia
<b>Reserva de UTI:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>Confirmada reserva de Hemoderivados:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplica	Reserva de _____

Atenção especial para os seguintes itens:

ASA     I     II     III     IV     V     VI     E

**OBSERVAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:**

Medicações em Uso: \_\_\_\_\_

Suspender: \_\_\_\_\_

Medicação pré-anestésica: \_\_\_\_\_

**EVITAR USO NO DIA DA CIRURGIA:**

- < Jóias, batons, cosméticos, esmalte, pois interferem na monitorização.
  - < Lente de contato.
  - < Roupas de seda ou lycra. O Hospital fornece roupas próprias para o Centro Cirúrgico.
  - < Esforços físicos demasiados, nos dias anteriores, se você tem o hábito de fazê-los.
  - < Não retirar prótese dentária. Lembrar ao anestesiológico no dia da cirurgia.
  - < Permanecer em jejum 8hs antes da cirurgia.
  - < Caso tenha algum problema relevante até o dia da cirurgia, contactar a equipe médica.
- Pertences pessoais são de responsabilidade do paciente.  
Telefones para contato: 3819-5000.

**Outras Observações:** \_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO "ANESTÉSICO"****Paciente e/ou Representante Responsável legal declara, para fins legais que:**

1. Que estou ciente que, a meu (nosso) pedido, estarei (o paciente acima denominado estará) sendo submetido à anestesia para o procedimento referenciado, na data e hospital designados, a ser aplicada pelo(s) Anestesiologista(s) acima denominado(s);
2. Que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através da explanação que foi prestada pelo Médico Anestesiologista que me(o) examinou, tendo tido a oportunidade de receber esclarecimentos, e todas as informações necessárias a minha (nossa) perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico a qual submeter-me-ei (submeter-se-á);
3. Que reconheço (reconhecemos) que o(s) Médico(s) Anestesiologista(s) que aplicará(rão) a anestesia exerce(m) atividade de meio, ou seja, obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
4. Que, a fim de prevenir e afastar eventuais problemas, foram prestadas ao Médico Anestesiologista que me(o) examinou todas as informações relativas às condições médicas, físicas e psicológicas da minha pessoa (do paciente), sem qualquer fato ou elemento, informações estas que foram transcritas para a Ficha de Avaliação Pré-Anestésica;
5. Que foram informados pelo Médico Anestesiologista os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico;
6. Que meu internamento (o internamento do paciente) no Hospital referenciado deu-se por livre e espontânea vontade, e que tenho (temos) conhecimento que o(s) Médico(s) Anestesiologista(s) apenas se responsabiliza(m) pelos procedimentos de sua especialidade, não se obrigando ou se responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico, bem como do tratamento ou internamento como um todo;

**Referência Bibliográfica do Termo: Sociedade Brasileira de Anestesiologia.**

**Fonte: [http://www.sba.com.br/normas\\_e\\_orientacoes/consentimento\\_informado.asp](http://www.sba.com.br/normas_e_orientacoes/consentimento_informado.asp)**

**AUTORIZAÇÃO:**

**A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.**

(Paciente / Assinatura): \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Testemunha (1) CPF: \_\_\_\_\_

Testemunha (2) CPF: \_\_\_\_\_

**OBS: No caso do declarante não ser o paciente, preencher o espaço abaixo.**

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

**MÉDICO ANESTESIOLOGISTA**

Certifico que expliquei o(s) procedimento(s) anestésico(s) possivelmente usado(s) neste caso, seus benefícios e alternativas. Acredito ter respondido satisfatoriamente todas as perguntas que me foram feitas e que o ciente/responsável tenha compreendido o que lhe foi explicado.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA MÉDICO / CRM**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**DATA**

