

# AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA – GRUPO PERINATAL

Este documento deve ser preenchido e assinado por médico anestesiologista antes do encaminhamento da paciente ao centro cirúrgico (ou ser entregue na internação preenchido e assinado por médico anestesiologista, em caso de avaliação anestésica prévia à internação hospitalar).

<b>CIRURGIA PROPOSTA</b>	
_____	
_____	
<b>DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO</b>	
Transfusão autóloga <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

*Colar aqui etiqueta*

**Quando preenchimento externo – preencher dados abaixo:**

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

Unidade:  Laranjeiras  Barra

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Para Recepção Perinatal:**

**Quando preenchimento externo – acrescentar etiqueta**

*Quando preenchimento interno (impressão do formulário pelo Tasy) – identificação impressa (nome completo, data de nascimento e número do prontuário).*

## EXAMES COMPLEMENTARES

HT <input type="radio"/>	HB <input type="radio"/>	PQT <input type="radio"/>	LEUC <input type="radio"/>
NA+ <input type="radio"/>	K+ <input type="radio"/>	TAP E PTT <input type="radio"/>	GLICOSE <input type="radio"/>
CREATIN <input type="radio"/>	G.SANG/RH <input type="radio"/>	OUTROS <input type="radio"/>	

## PATOLOGIAS ASSOCIADAS

Descrição	S	N	Descrição	S	N	Descrição	S	N
Asma/ Bronquite			Hipertensão Arterial			Tabagismo		
D.P.O.C			Dor Precordial			Etilismo		
Diabetes Melitus			Cardiopatia			Doença Neurológica		
Hipotireoidismo			Doença Reumática			Convulsões/ Síncope		
Hipertiroidismo			Doença Hematológica			Dor na Coluna		
Miopatias			Doença Hepática					
Drogas Ilícitas			Alergias (Relatar)					
Doença Renal			Colagenoses					

Drogas em uso: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO

Estado mental		Mallampati		Ausculta Cardíaca	
Peso		Veias Acessíveis		Ausculta Pulmonar	
Altura		Pulso Periférico		PA	
Mucosas		Coluna/ Reg dorsal		FC	
Pescoço		Tórax		Exame Físico ASA	
Dentes		Outros		Demais Aparelhos	

Parecer Clínico:

Parecer Anestesiologia:

Emergência

Apto para cirurgia

Não apto para cirurgia

Anestesia Proposta

Medicação Pré - anestésica

Data: _____/_____/_____	Hora: _____:____	Assinatura e Carimbo
----------------------------	---------------------	----------------------