

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA – GRUPO PERINATAL



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

CIRURGIA PROPOSTA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Transfusão autóloga ☐ Sim ☐ 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 ☐ HB ☐ PQT ☐ LEUC ☐
NA+ ☐ K+ ☐ TAP E PTT ☐ GLICOSE ☐
CREATIN ☐ G.SANG/RH ☐ OUTROS ☐

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