



DADOS DO PACIENTE

Nome Completo:

Registro:

Data de Nascimento

Procedimento Cirúrgico Proposto:

ANAMNESE

	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Doenças Cardiovasculares			
Doenças Neurológicas			
Doenças Hematológicas			
Doenças Hepáticas			
Doenças Endócrinas			
Doenças Hereditárias			
Alergia			
Fitoterápicos em Uso			
Cirurgias Prévias			
Intercorrências Anestésicas			
Próteses e Órteses			
Jejum			

EXAME FÍSICO

SEM ALTERAÇÕES

DISTÂNCIA TIREOMENTONIANA < 6CM

MOBILIDADE ATLATOCCIPITAL REDUZIDA

MALLAMPATI ≥ II

PESCOÇO CURTO

DISTÂNCIA INTERINCISIVOS < 3CM

APARELHO CARDIOVASCULAR - QUAL?

APARELHO RESPIRATÓRIO - QUAL?

EXAMES COMPLEMENTARES

SEM ALTERAÇÕES

HEMOGRAMA:

BIOQUÍMICA:

ECG:

RX DO TÓRAX:

OUTROS:

ESTADO FÍSICO

ASA I

ASA II

ASA III

ASA IV

ASA V

ASA VI

E

PESO: _____ MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: _____

TELEFONE DO ANESTESIOLOGISTA: _____

Barra do Pirai, ____ de _____ de _____.

Assinatura / Carimbo do Anestesiologista

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Autorizo o(a) Dr.(a) _____ a realizar na minha pessoa, o(s) seguinte(s) procedimento (s) invasivos ou cirurgia(s):

Autorizo o mesmo a ter uma cópia do relatório cirúrgico respeitados os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente. A proposta do procedimento me foram explicadas claramente. Tive oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Entre as complicações potenciais e os riscos pode-se citar especialmente:

De acordo: Paciente Responsável Nome legível: _____

Assinatura: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo o Dr. (a) _____ a realizar na minha pessoa, anestesia/sedação para o seguinte procedimento: _____

A proposta do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Entre as complicações potenciais e os riscos pode-se citar especialmente os seguintes: dor ou desconforto após o término da anestesia, náuseas e/ou vômitos, lesão a veias e/ou artérias, reações alérgicas, infecção arterial, sensação residual da anestesia, frio ou tremores ao despertar, complicações da transfusão sanguínea, vermelhidão em partes do corpo, perda da sensação e/ou da função das extremidades do corpo, dano ao cérebro e perda de vida. Complicações e/ou riscos adicionais conforme o tipo de anestesia:

Anestesia Geral: dor de garganta, rouquidão, dano e lesão e aos dentes e às vias aéreas, consciência durante anestesia, lesão aos olhos, febre, hipertermia maligna ou cegueira.

Anestesia Regional: necessidade de mudança para anestesia geral, dor de cabeça ou sensação de anestesia residual.

Anestesia Local com Sedação: dor de garganta, rouquidão, dano e lesão aos dentes e às vias aéreas ou necessidade de mudança para anestesia geral.

Outros: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido ou cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento. Autorizo também a realização de fotos e/ou vídeos, para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilos impostos da legislação vigente. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse e também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Paciente Responsável Nome legível: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade: _____

Assinatura: _____ Rio de Janeiro: / / Hora: ____: ____

DEVE SER PREENCHIDO PELO ANESTESISTA E CIRURGIÃO

Expliquei todo procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao ser responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Rio de Janeiro / / Hora ____: ____

Cirurgião (carimbo e assinatura)

Anestesiologista (carimbo e assinatura)

Revogação: Rj, / / Hora: ____: ____

Paciente ou Responsável / Representante legal:

PREENCHIMENTO E USO EXCLUSIVO DO SETOR DE DESTINO DO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO

PARA SER PREENCHIDO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Nome Completo: _____

Sexo: M F Data Nasc. ____/____/____ Registro: _____ Leito/Andar _____

Técnica Anestésica: _____

Procedimento Cirúrgico: _____ Data Nasc. ____/____/____

UNIDADES DE INTERNAÇÃO - INTERCORRÊNCIAS PÓS-OPERATÓRIO

SEM INTERCORRÊNCIAS INTECORRÊNCIA EVITADA COM INTERCORRÊNCIAS (assinalar nas opções abaixo)

CARDIOVASCULARES



- HIPERTENSÃO SIGNIFICATIVA (PAS \geq 180 e/ou PAD \geq 110mmHg)
- HIPOTENSÃO SIGNIFICATIVA (PAS \leq 80 e/ou PAD \leq 40mmHg)
- ARRITMIA
- EDEMA AGUDO DE PULMÃO
- PARADA CARDÍACA
- OUTROS

RESPIRATÓRIAS



- BRADIPNÉIA (FR < 8 irpm)
- HIPOXEMIA SIGNIFICATIVA (SpO2 < 90% sem O2)
- BRONCOASPIRAÇÃO
- BRONCOESPASMO
- INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
- OUTROS

NEUROLÓGICAS



- SEDAÇÃO PROFUNDA (ESCALA DE RASS)
- AGITAÇÃO PSICOMOTORA
- DESORIENTAÇÃO
- CONVULSÃO
- BLOQUEIO REGIONAL EXCESSIVO - ESCALA DE BROMAGE 2-3 (> 3hs)
- PARESTESIAS LOCAL
- CEFALÉIA POSTURAL
- OUTROS:

CLÍNICAS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PRURIDO | <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA |
| <input type="checkbox"/> HIPEREMIA LOCAL: | <input type="checkbox"/> DOR DE GARGANTA |
| <input type="checkbox"/> FEBRE (TAX > 37,5°) | <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA/TREMORES (TAX < 35,9°) |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEAS E VÔMITOS | <input type="checkbox"/> DOR DE DIFÍCIL CONTROLE (EVA>3) |
| <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO EXCESSIVO COM OU SEM TRANSFUSÃO SANGUÍNEA | <input type="checkbox"/> ADMISSÃO NO CTI NÃO PLANEJADA |
| <input type="checkbox"/> RETRONO A SALA DE OPERAÇÃO | <input type="checkbox"/> MOTIVOS: _____ |
| | <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ |