

**FICHA DE AVALIAÇÃO  
PRÉ-ANESTÉSICA**

**Etiqueta**

<b>Idade</b>	<b>Peso kg</b>	<b>Altura m</b>	<b>IMC</b>	<b>PA</b>	<b>FC</b>	<b>Orientação de Jejum</b>
						<b>Sólidos</b>
						<b>Líquidos</b>
<b>Diagnóstico</b>				<b>Procedimento Proposto</b>		
<b>Avaliação Clínica</b>						
<b>Cardiocirculatório</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	<b>Câncer</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	<b>Exame Físico</b>		
<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> IC	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia	APCV: _____		
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Disritmia	<input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Negativo	APR: _____		
<input type="checkbox"/> Coronariopatia	<input type="checkbox"/> IAM Prévio	<b>Infecioso</b>	<input type="checkbox"/> HIV	Outros: _____		
<input type="checkbox"/> Outras _____		<input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Negativo	_____		
Capacidade Funcional _____		<b>Gravidez</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	_____		
		<input type="checkbox"/> Idade Gestacional _____ semanas		_____		
<b>Respiratório</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	<b>Hábitos Sociais</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	<b>Exames:</b>		
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Drogas	Hb: _____	Ht: _____	PLQ: _____
<input type="checkbox"/> Outras _____		<input type="checkbox"/> Tabagismo _____ cigarros/dia		Na: _____	K: _____	INR: _____
_____		<input type="checkbox"/> Outras _____		Glic: _____	TTPA: _____	Cr: _____
_____				ECG: _____		Ur: _____
				Rx Torax: _____		
<b>Gastrointestinal/Hepático</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	<b>Alergias</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	<b>Medicação em uso</b>		
<input type="checkbox"/> Refluxo/Gastrite	<input type="checkbox"/> Úlcera	_____		_____		
<input type="checkbox"/> Vômitos/Diarréia	<input type="checkbox"/> Hepatite	_____		_____		
<input type="checkbox"/> Outras _____		_____		_____		
<b>Neurológico</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	<b>Cirurgia/Anestesia Prévias</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	<b>Histórico de via aérea difícil</b>		
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Negativo		[ ] Sim [ ] Não		
Outras _____		_____		_____		
		_____		_____		
<b>Renal</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	<b>Náuseas/Vômitos pós-operatórios</b>	<input type="checkbox"/> Sim [ ] Não	<b>Mallampati</b>		
<input type="checkbox"/> IRC	<input type="checkbox"/> Diálise	<input type="checkbox"/> Sim [ ] Não		[ ] I [ ] II [ ] III [ ] IV		
<input type="checkbox"/> Outras _____				_____		
<b>Hematológico</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	<b>Problemas com anestesia na família</b>	<input type="checkbox"/> Sim [ ] Não	<b>Solicitado tipo e contra prova</b>		
<input type="checkbox"/> Transfusão prévia	<input type="checkbox"/> Coagulopatias	<input type="checkbox"/> Sim [ ] Não		[ ] Sim [ ] Não		
<input type="checkbox"/> Outras _____				_____		
<b>Músculo esquelético</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	<b>Aceita transfusão sanguínea</b>	<input type="checkbox"/> Sim [ ] Não	<b>ASA:</b>		
<input type="checkbox"/> Musculodistrofias	<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Sim [ ] Não		_____		
<input type="checkbox"/> Outras _____				_____		
<b>Endócrino</b>	<input type="checkbox"/> Negativo	_____		<b>Procedimento liberado:</b>		
<input type="checkbox"/> Tireoidopatias	<input type="checkbox"/> DM	_____		[ ] Sim [ ] Não		
<input type="checkbox"/> Outras _____		_____		_____		
<b>Planejamento Anestésico:</b>						
<b>Observações:</b>						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
<b>Médico Anestesiologista</b>			<b>CREMESP</b>		<b>Data</b>	
_____			_____		_____	