

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA – GRUPO PERINATAL



Este documento deve ser preenchido e assinado por médico anesthesiologista antes do encaminhamento da paciente ao centro cirúrgico (ou ser entregue e a internação preenchido e assinado por médico anesthesiologista, 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
-------------------------------	--------------------------	----------------------