

Nome: _____

Same: _____
(preencher se não estiver com etiqueta)

TERMOS DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO

Pelo presente termo, concordo em submeter-me ao seguinte procedimento de anestesia/sedação:

☐ **Geral**

☐ **Loco/Regional**

☐ **Sedação**

A ser realizado pelo (a) Dr. (a) _____ ou outro anestesista credenciado da equipe.

☐ **Urgência**

☐ **Eletivo**

Declaro que:

1. Autorizo a realização de qualquer procedimento emergencial, bem como mudanças na programação anestésica em situação imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes dos inicialmente propostos.
2. Os riscos anestésicos são: **broncoespasmos, reação anafilática, cefaléia pós-raquianestesia, hipertermia maligna, alterações hemodinâmicas como arritmia e hipotensão, entre outros.**

Confirmo que recebi li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de questionar sobre os pontos com os quais não concordasse tendo ciência que a qualquer tempo poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.

Recife, ____/____/____

Assinatura do Paciente/Responsável

Nº IDENTIDADE

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

HD: _____

CIRURGIA PROPOSTA: _____

CIRURGIÃO: _____

<input type="checkbox"/>	ALERGIAS	QUAL?	<input type="checkbox"/>	CIRURGIAS ANTERIORES: QUAL?
<input type="checkbox"/>	PNEUMOPATIAS	QUAL?	<input type="checkbox"/>	PRÓTESE DENTÁRIA
<input type="checkbox"/>	CORONARIOPATIA	QUAL?	<input type="checkbox"/>	OUTROS
<input type="checkbox"/>	DIABETES		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	HEPATOPATIA	QUAL?	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	HIPERTENSÃO ARTERIAL		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	HIPERTERMIA MALIGNA		<input type="checkbox"/>	

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL:

CORADO: ☐ SIM ☐ NÃO

HIDRATADO: ☐ SIM ☐ NÃO

EUPNEICO: ☐ SIM ☐ NÃO

ICTÉRICO: ☐ SIM ☐ NÃO

ACV: _____

AR: _____

ÍNDICE DE MALLAMPATI:



☐ **Mallampati I**

☐ **Mallampati II**

☐ **Mallampati III**

☐ **Mallampati IV**

MEDICAMENTOS EM USO:

JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO: ☐ SIM ☐ NÃO **PERÍODO:** _____

ESTADO FÍSICO (ASA): ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: ☐ SIM ☐ NÃO **QUAL?** _____

ANESTESIA PROPOSTA: _____

Assinatura e Carimbo do Anestesista



HOSPITAL

SANTA

JOANA RECIFE

SUA SAÚDE EM BOAS MÃOS

Ficha

PÓS - ANESTESIA

Adulto e Pediátrico

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Same: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA: __/__/____ HORA:__:__

REGISTROS DE DADOS MÉDICOS: BASEADA NO ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA										
PARÂMETROS	ADMISSÃO	15'	30'	45'	1h	1h 30'	2h	2h30'	3h	4h
ATIVIDADE										
CIRCULAÇÃO										
CONSCIÊNCIA										
RESPIRAÇÃO										
SATURAÇÃO										
TOTAL										

ESCALA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA									
Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota
Atividade		Circulação (PA)		Consciência		Respiração		SpO2	
Move 4 Membros	2	+ 20% nível pré-anestésico	2	Completamente acordado	2	Profunda, Tosse	2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente	2
Move 2 Membros	1	+20% a 49% nível pré-anestésico	1	Despertando ao chamado	1	Limitada, dispnéia	1	Mantém SpO2 > 90% com O2	1
Move 0 Membro	0	+50% nível pré-anestésico	0	Não responde ao chamado	0	Apnéia	0	Mantém SpO2 < 90% com O2	0

INTENSIDADE DE BLOQUEIO MOTOR:

☐ NÃO SE APLICA

ADMISSÃO (Bromage): I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ ALTA (Bromage): I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

I - SEM BLOQUEIO

II – III - PARCIAL

IV – BLOQUEIO COMPLETO

AVALIAÇÃO DA DOR:

DOR: ☐ SIM ☐ NÃO ESCALA UTILIZADA: ☐ EAV (ADULTO) ☐ FLACC (2 MESES A 7 ANOS) ☐ PAINAD ☐ NFCS

CARACTERÍSTICA: _____ LOCALIZAÇÃO: _____

SCORE NA ADMISSÃO: SCORE NA ALTA SRPA: OBS: ALTA DA SRPA SE SCORE DADOS ≤3

PRESCRIÇÃO MÉDICA		
MONITORIZAÇÃO:	HORÁRIO	ENFERMAGEM
CARDIOSCÓPIO <input type="checkbox"/>		
OXÍMETRO DE PULSO <input type="checkbox"/>		
PANI <input type="checkbox"/>		
MANTA TÉRMICA <input type="checkbox"/>		
MEDICAÇÕES:	HORÁRIO	ENFERMAGEM

INTERCORRÊNCIAS

HORA DA ALTA:__:__h

PA:____X____mmHg FC:____bpm. SpO2.:_____

ENCAMINHADO: ☐ APTº ☐ UTI ☐ UCE ☐ RESIDÊNCIA

Assinatura legível e Carimbo do Anestesista