



MEMORIAL
SÃO JOSÉ
HOSPITAL E CLÍNICAS

REDE D'OR
SÃO LUIZ

Ficha de Atendimento Obstétrica/Ginecológica

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

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

ALERGIAS: Não Sim (_____)

Queixa principal: _____

Gestação atual: _____ Gesta _____ Para _____ Abortos _____ Idade Gestacional: _____ Semanas

Data da última menstruação:

Data provável do parto:

Grupo Sanguíneo (Rh): positivo negativo

Sensibilizada: não sim

Tabagista: sim não

Etilista: sim não

Número de cigarros/dia: _____

Frequência: _____

Antecedentes Pessoais (assinale caso afirmativo):

H. A. S D.M Coronariopatia Outras Cardiopatias (especifique): _____ Dislipidemia
 Tabagismo Hepatopatia Nefropatia Cirurgias Pélvicas ITU Má formações Pré- eclâmpsia Outros

Medicações em uso (especifique quais):

Estado geral: Bom Regular Decaído **Nível de consciência:** Normal Alterado: _____

Mucosas: Coradas Descoradas **Hidratação:** Hidratada Desidratada **Cianose:** Sim Não

Sudorese: Sim Não **Icterícia:** Sim Não **Dispneia:** Sim Não **Edema:** Sim Não

Perda de Líquido Amniótico: Sim Não **Hemorragia:** Sim Não **Escótomas:** Sim Não

Sinais Vitais: Pressão arterial: ____ x ____ mmHg **FC:** ____ bpm **FR:** ____ ipm **T:** ____ °C

Aparelho cardiorrespiratório: _____

Exame obstétrico:

A.F.U: _____ cm **B.C.F:** _____ **Apresentação Fetal:** Cefálico Pélvico Córnico

Tônus Uterino: Fisiológico Aumentado **Hemorragias:** Ausente Presente

Posição Fetal: Direita Esquerda **Situação:** Longitudinal Transversal

Dinâmica Uterina: Ausente Presente (_____contr/ _____seg/ _____min)
Toque Vaginal: Não realizado Realizado (Dilatação: _____cm/APAGAMENTO _____%)
Posição do colo: _____ **Bolsa:** Íntegra Rota _____h **Líquido:** Claro Mecônio (_____+)
Especular: Não realizado Realizado _____
Transtornos Visuais: Ausentes Presentes

Exames complementares (preencher casos existentes):

Ultrassonografia:

Idade Gestacional: _____ **Peso Fetal:** _____gramas **Placenta:** _____

Líquido: _____ **Outros dados:** _____



Outros exames: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Destino: Internamento Alta hospitalar

MÉDICO

	TIPO DE DOCUMENTO/ SETOR				
	Elaboração	Efetivação	Código:	Versão: 01	
PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE SEPSE NEONATAL					

FICHA DE ATENDIMENTO AS GESTANTES

LOCAL DE ADMISSÃO DA GESTANTE? <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> ELETIVO	Nome: _____ _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____
---	---

PASSO 1

IDENTIFICAR O TRABALHO DE PARTO E AMNIOREXE	TRABALHO DE PARTO	
CONTRAÇÕES UTERINAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
APAGAMENTO / DILATAÇÃO DO COLO	ROTURA DE MEMBRANAS	
EXAME ESPETACULAR	<input type="checkbox"/> ÍNTEGRAS	<input type="checkbox"/> ROTAS < 18h
TESTES COMPLEMENTARES P/ AMNIOREXE	<input type="checkbox"/> ROTAS > 18h	

PASSO 2

IDENTIFICAR CORIOAMNIONITE	CORIOAMNIONITE	
FEBRE MATERNA (>38°C) + UM DOS SINAIS (TAQUICARDIA MATERNA, TAQUICARDIA FETAL, SENSIBILIDADE UTERINA E LÍQUIDO AMNIÓTICO PURULENTO) NA AUSÊNCIA DE OUTRAS CAUSAS DE FEBRE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

PASSO 3

IDENTIFICAR IDADE GESTACIONAL	TRABALHO DE PARTO	
1. TEMPO DE AMENORRÉIA	<input type="checkbox"/> < 34 SEMANAS: PREMATURO EXTREMO	
2. ULTRASSONOGRAMA (AS MAIS PRECOCES)	<input type="checkbox"/> 34 E 37 SEMANAS: PREMATURO	
	<input type="checkbox"/> > 37 SEMANAS: A TERMO	

PASSO 4

IDENTIFICAR FATORES DE RISCO P/ SEPSE NEONATAL	FATORES DE RISCO	
1. CULTURA VAGINAL-RETAL POSITIVA P/ STREPTO GRUPO B HÁ MENOS DE 5 SEMANAS.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2. UROCULTURA POSITIVA PARA STREPTO GRUPO B EM QUALQUER IDADE GESTACIONAL		
3. ANTECEDENTE DE NEONATAL COM INFECÇÃO PRECOCE PELO STREPTO GRUPO B		
GESTANTE EM USO DE ANTIBIÓTICO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
	TIPO: _____	
	TEMPO DE USO: _____	
Exames: (Nos últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Resultado: _____
<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Solicitar

CONDUTA A SER TOMADA DE ACORDO COM OS ITENS PREENCHIDOS ACIMA (NO VERSO)

ELABORAÇÃO

Setor: Sistema de Gestão da Qualidade
Nome: Moacir Jucá



Assinatura/Data:

Vigência:

APROVAÇÃO

Setor: Infectologista
Nome: Tomaz Albuquerque

CÓPIA CONTROLADA

	TIPO DE DOCUMENTO/ SETOR				
	Elaboração	Efetivação	Código:	Versão: 01	
PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE SEPSE NEONATAL					

PASSO 5
CONDUTA TERAPÊUTICA A SUA TOMADA DE ACORDO COMO PREENCHIDO
<p>A. INDEPENDENTE DA IDADE GESTACIONAL</p> <p><input type="checkbox"/> CORIOAMNIONITE (COM OU SEM AMNIOREXE OU TRABALHO DE PARTO)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. HEMOCULTURA</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ANTIBIOTICOTERAPIA DE AMPLO ESPECTRO: AMPICILINA 1G IV DE 6 EM 6 HORAS + GENTAMICINA 3MG/KG DE PESO IV EM DOSE ÚNICA DIÁRIA + CLINDAMICINA 900 MG IV DE 8 EM 8 HORAS ATÉ 48 HORAS AFEBRIL E SEM SINAIS DE INFECÇÃO. FLEXIBILIZAR O ESQUEMA ANTIBIÓTICO DE ACORDO COM O QUADRO CLÍNICO/LABORATORIAL</p> <p><input type="checkbox"/> 3. RESOLUÇÃO DA GRAVIDEZ</p> <p>B. PREMATURIDADE ABAIXO DE 34 SEMANAS</p> <p><input type="checkbox"/> ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ABAIXO DE 34 SEMANAS SEM TRABALHO DE PARTO</p> <p><input type="checkbox"/> 1. AMPICILINA 2 G IV DE 6/6 HORAS DURANTE 48 HORAS, SEGUIDO DE 500 MG VO DE 6 EM 6 HORAS DURANTE 7 DIAS</p> <p><input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO SEM AMNIOREXE ABAIXO DE 34 SEMANAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1. TENTATIVA DE INIBIÇÃO (DROGA DE ESCOLHA: NIFEDIPINA)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. PROFILAXIA DA SEPSE NEONATAL PELO <i>STREPTOCOCOS</i> DO GRUPO B (VIDE ABAIXO)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. SUSPENDER A PROFILAXIA SE A INIBIÇÃO FOR BEM SUCEDIDA E FAZER CULTURAS PARA <i>STREPTOCOCOS</i> DO GRUPO B</p> <p><input type="checkbox"/> ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ABAIXO DE 34 SEMANAS COM TRABALHO DE PARTO</p> <p><input type="checkbox"/> 1. PROFILAXIA DA SEPSE NEONATAL PELO <i>STREPTOCOCOS</i> DO GRUPO B (VIDE ABAIXO)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. TENTATIVA DE INIBIÇÃO (DROGA DE ESCOLHA: NIFEDIPINA)</p> <p>C. PREMATURIDADE ENTRE 34 E 37 SEMANAS INDEPENDENTE DE FATORES DE RISCO</p> <p><input type="checkbox"/> COM TPP</p> <p><input type="checkbox"/> 1. PROFILAXIA DA SEPSE NEONATAL PELO <i>STREPTOCOCOS</i> DO GRUPO B (VIDE ABAIXO)</p> <p><input type="checkbox"/> SEM TPP (INTERRUPÇÃO ELETIVA)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. NÃO FAZER PROFILAXIA DA SEPSE NEONATAL PRECOCE PELO <i>STREPTOCOCOS</i> DO GRUPO B</p> <p>D. GRAVIDEZ A TERMO (>37 SEMANAS)</p> <p><input type="checkbox"/> COM FATORES DE RISCO PARA SEPSE NEONATAL PRECOCE OU MEMBRANAS ROTAS HÁ + DE 18 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1. PROFILAXIA DA SEPSE NEONATAL PELO <i>STREPTOCOCOS</i> DO GRUPO B (VIDE ABAIXO)</p> <p><input type="checkbox"/> SEM FATORES DE RISCO PARA SEPSE NEONATAL PRECOCE</p> <p><input type="checkbox"/> 1. NÃO FAZER PROFILAXIA DA SEPSE NEONATAL PRECOCE PELO <i>STREPTOCOCOS</i> DO GRUPO B</p>

PASSO 6		
ESQUEMA DE PROFILAXIA DA SEPSE NEONATAL PELO <i>STREPTOCOCOS</i> DO GRUPO B (SINALIZAR O ESQUEMA)		
<p><input type="checkbox"/> Penicilina cristalina 5.000.000UI EV (ataque) + 2.500.000UI 4/4h até o parto. Hora de Administração: ____:____h</p> <p><input type="checkbox"/> Ampicilina: 2 g IV como dose inicial, seguida de 1 g IV a cada 4 horas até o parto. Hora de Administração: ____:____h</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes com alergia à penicilina (sem anafilaxia, angioedema, dispnéia ou urticária) Horade Administração: ____:____h Cefazolina: 2g IV como dose inicial, seguida de 1 g IV a cada 8 horas até o parto</p> <p><input type="checkbox"/> Pacientes com alergia à penicilina (com anafilaxia, angioedema, dispnéia ou urticária) Horade Administração: ____:____h Vancomicina: 1 g IV a cada 12 horas, até o parto</p> <p>Obs: O intervalo ideal entre o início da terapia antibiótica e o parto é de no mínimo 4 horas, embora um efeito positivo possa ser observado com 2 horas. As condutas médicas/obstétricas indicadas não devem postergada para cumprir os prazos</p>		
____/____/____ DATA DO ATENDIMENTO	_____ MÉDICO PLANTONISTA (CARIMBO E ASSINATURA)	_____ ENFERMEIRA DA MATERNIDADE (CARIMBO E ASSINATURA)

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Setor: Sistema de Gestão da Qualidade Nome: Moacir Jucá	Setor: Infectologista Nome: Tomaz Albuquerque
Assinatura/Data:	Vigência: CÓPIA CONTROLADA



**MEMORIAL
SÃO JOSÉ**
HOSPITAL E CLÍNICAS

REDE POR
SÃO LUÍZ

PARTOGRAMA

Identificadores Institucionais:

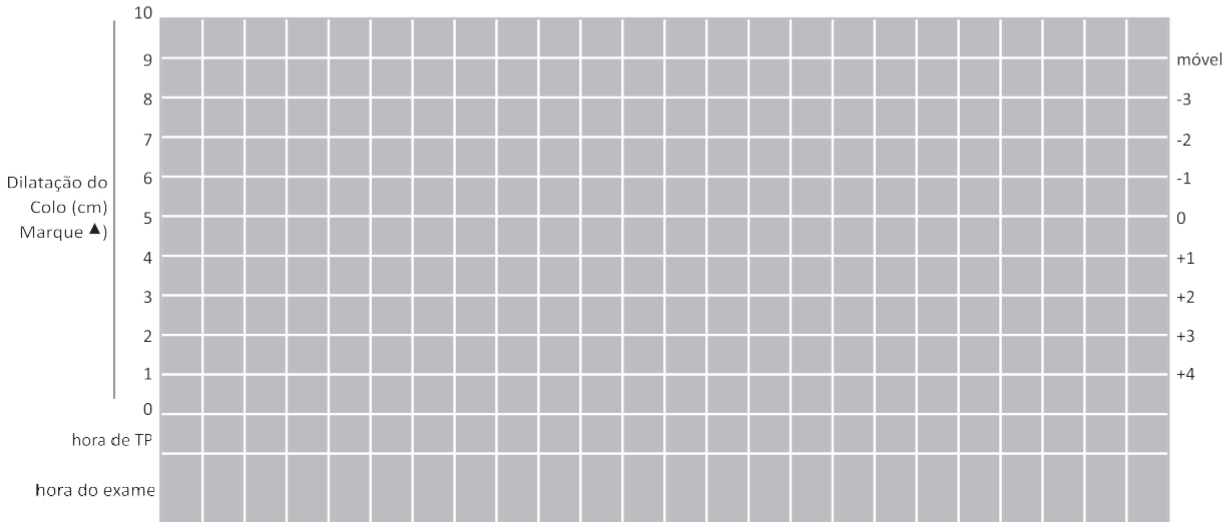
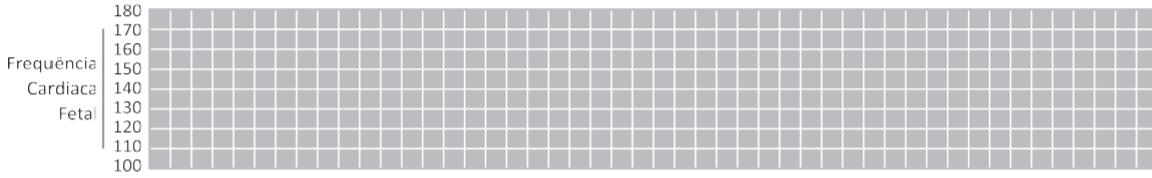
Nome: _____

Data de Nascimento: _____

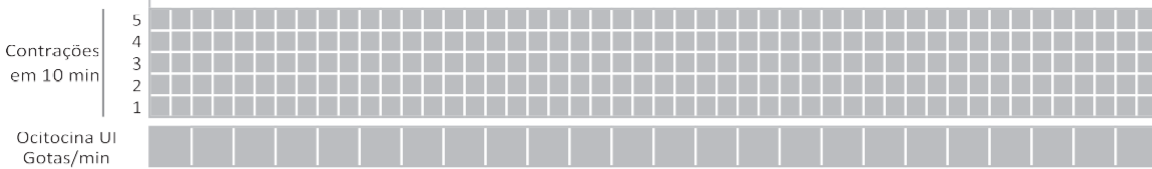
(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA DA ADMISSÃO: ____/____/____ HORA DA ADMISSÃO: ____:____ RUPTURA DAS MEMBRANAS ÀS: ____:____

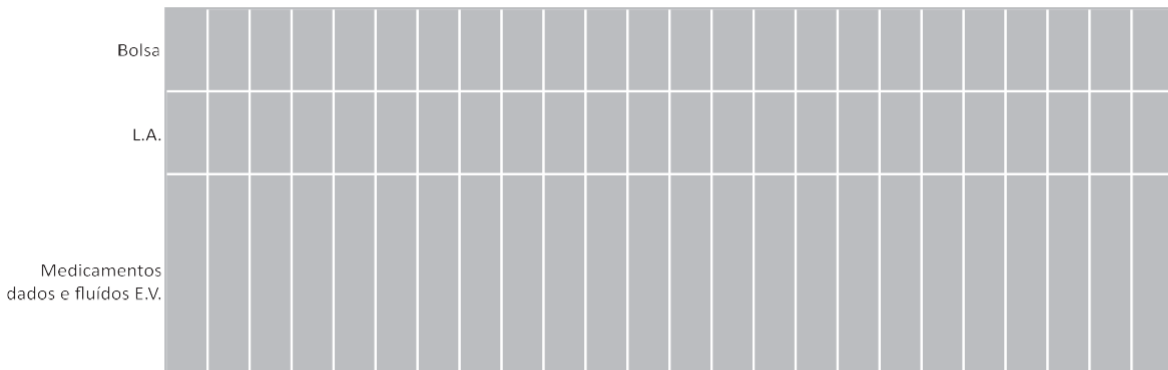
G: _____ A: _____ P: _____ C: _____



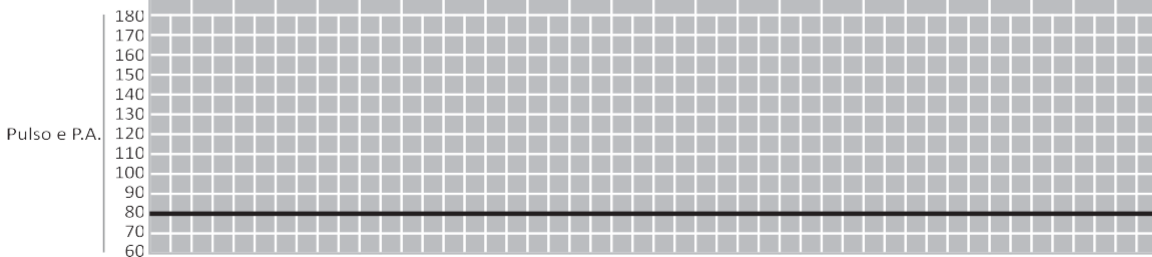
Descida da cabeça
 Para variedade de posição não conhecida
 Para variedade de posição conhecida



Sem contração
 Contração fraca
 Contração forte



Símbolos
G: Gesta
A: Abortos
P: Pardos
C: Cesarianas
P.A.: Pressão Arterial
E.V.: Endo venoso
L.A.: Líquido Amniótico
B.I.: Bolsa Íntegra
B.R.: Bolsa Rota
M+: Mecônio
M++: Mecônio Fluido
M+++: Mecônio Espesso
N.A.: Não Aplicável
L.C.: Líquido Amniótico Claro
TP: Trabalho de Parto



Proteinúria de fita: Negativa + ++ +++ NA



**PROTOCOLO DE
TROMBOEMBOLISMO
VENOSO (TEV)
PARA GESTANTE**

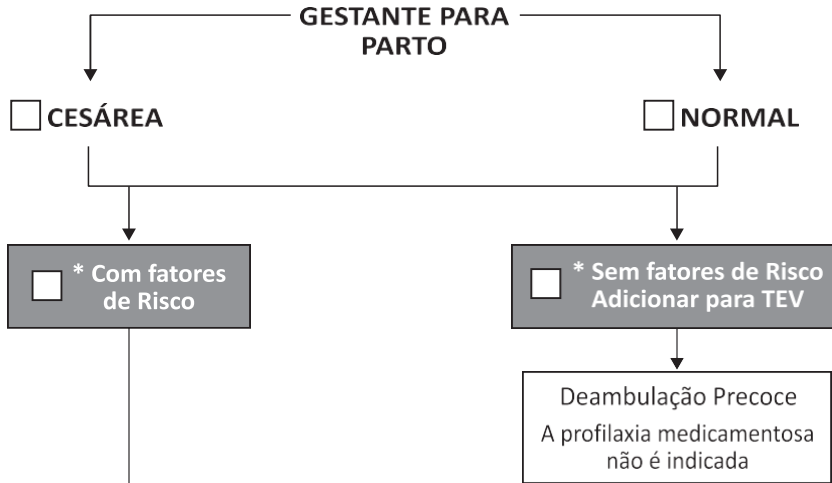
Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

EQUIPE INTERDISCIPLINAR



Contraindicação para anticoagulante? Sim Não

Alergia ou plaquetopenia por heparina

Coagulopatia (plaquetopenia ou INR > 1,5)

HAS não controlada (> 180 x 110mm Hg)

Insuficiência renal

Sangramento ativo

Úlcera péptica ativa

Indicação para profilaxia mecânica

Compressão Pneumática Intermitente (CPI)

Fisioterapia motora para MMII (Mobilidade dos pés/pernas)

Meias Elásticas de Compressão Gradual (MECG)

Outros

Data inicial: ____/____/____ Data final: ____/____/____

(Reavaliar em 2 dias)

Profilaxia Medicamentosa
HBPM - Heparina de Baixo Peso Molecular
Enoxaparina: 40mg 5C / 1 vez ao dia

Data inicial: ____/____/____ Data final: ____/____/____

Tempo de profilaxia recomendada

Manter até a alta ou em caso de paciente específicas com risco muito aumentado de TEV, manter até 6 semanas após o parto.

E

Profilaxia Mecânica
Para pacientes com múltiplos fatores de risco para TEV

Carimbo e assinatura

Ciente, porém recusa a profilaxia farmacológica

Câncer

Cardiopatia

Catéteres venosos centrais

Doença reumática ativa

História prévia de TEV

ICC classe III ou IV

Infecção (corioamnionite, infecção ovular)

Internação em UTI

Obesidade (IMC > 35kg/m)

Paresia ou paralisia de MMII

Síndrome nefrótica ativa

Trombofilias

Varizes importantes



MEMORIAL
SÃO JOSÉ
HOSPITAL E CLÍNICAS

REDE D'OR
SÃO LUIZ

SUMÁRIO DE ALTA DA MATERNIDADE

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

Data: ___/___/___

HORA: _____

Diagnóstico principal: Trabalho de Parto Parto Cesário eletivo

Outro: _____

Principais achados clínicos: Contrações uterinas Dilatação Cervical Perda de líquido via vaginal

Procedimentos diagnósticos relevantes e resultados: Sim Não

Ultrassonografia: _____

Cardiotocografia: _____

Laboratorial: _____

Outros: _____

Procedimentos terapêuticos (médicos e equipe multidisciplinar):

Monitorização do trabalho de parto Parto vaginal Vaginal instrumental

Cesárea Outros: _____

Anestesia: Não Sim, Local: _____ Raquidiana Peridural Combinada Geral

Condições de Alta: Puerpério Fisiológico Óbito Outra:

Destino: Residência Atendimento Domiciliar



Transferência para outro hospital / clínica: _____

Cód. 509980

V. 02/2016

Médico (a) – Assinatura e Carimbo

Via: Paciente – 2º Via: Hospital.

 <p>MEMORIAL SÃO JOSÉ HOSPITAL E CLÍNICAS</p>  <p>REDE DOR SÃO LUIZ</p>	<p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - CESARIANA</p>	<p>Identificadores Institucionais:</p> <p>Nome: _____</p> <p>Data de Nascimento: _____</p> <p>(preencher se não estiver com etiqueta)</p>
---	--	--

AUTORIZO o **Dr.** _____ CRM _____, seu(s)

Assistente(s), bem como todos os demais profissionais vinculados a assistência, credenciados por esta instituição, a realizar o(s) seguintes procedimento(s) cirúrgico(s): **CESARIANA.**

Este(s) procedimento(s) cirúrgico(s) me foi (ram) explicado(s) de forma clara pelo médico tendo sido orientado quanto a seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos benefícios e/ ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da patologia diagnóstica

Estou ciente de que, para realizar o procedimento(s) acima especificado(s) será necessário emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

Fui esclarecida(o) de que, além dos riscos da anestesia, poderão surgir complicações, sejam elas de problemas da própria gestação, como hemorragia falta de contração do útero, infecções, distúrbios da coagulação, âmnio e trombo embolias, ou derivadas do próprio procedimento, como febre, infecções, seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscências e/ou quelóides, cefaléia distensão abdominal. Além disso, fui esclarecida de que, como em todo o procedimento cirúrgico, existe um risco excepcional de morte, derivado do próprio procedimento (mais raro) da situação vital da paciente que gerou a necessidade de cesariana (menos rara), e que, em longo prazo poderão existir protapso (descensos dos órgãos pélvicos), hérnias, e aderências intra-abdominais, ruptura uterina, acretismo placentário, hemorragia pós-parto, entre outras.

Estou ciente ainda que, consoante disposição legal expressa, do Código de Ética Médica, é vedado ao Médico efetuar qualquer procedimento/tratamento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo a vida.

Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado.

Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico do médico acima autorizado e equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da medicina dissonáveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s)

Certifico que este termo me foi explicado e que li, ou que foi lido pra mim e que entendi o seu conteúdo AUTORIZANDO a realização do procedimento.

DATA: ___/___/___

Assinatura do Paciente/ Responsável legal

*Termo preparado com fundamento no art. 59 do Código de Ética Médica e disposições da Lei 8.078/90 - Código de Defesa do Consumidor.

DATA: ___/___/___

Assinatura do Médico

 <p>MEMORIAL SÃO JOSÉ HUMANOS COMO VOCÊ</p>	 <p>REDE DOR SÃO LUIZ</p>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARTO NORMAL	
---	---	---	--

Eu, _____, _____ (nacionalidade),
portadora do RG _____ e inscrita no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliada
na _____ (endereço), _____ (cidade),
_____ (estado), declaro para devidos fins minha decisão de me submeter a PARTO NORMAL
nesta gestação.

Declaro ter sido informada que, durante o trabalho de parto, existem situações obstétricas em que pode
haver necessidade de alguma intervenção, com a finalidade de preservar ideais de nascimento para a mãe
e o feto, como:

- uso de substância(s) para desencadear e/ou coordenar as contrações uterinas;
- necessidade de analgesia e/o anestesia locorregional;
- realização de amnioscopia (exame para avaliar a cor líquido amniótico);
- amniotomia (rotura artificial da bolsa das águas);
- cardiocografia (registro das contrações uterinas e da frequência cardíaca fetal);
- episiotomia (corte no períneo),
- procedimentos operatórios para abreviar o tempo de expulsão do bebê (fórcipe ou vácuoextrator). Neste caso, o parto deixará de ser “normal” e será chamado de parto vaginal operatório.

Declaro ter sido esclarecida que, em qualquer momento durante o trabalho de parto, o mesmo poderá ser
convertido em cesárea, se houver indicação médica, no caso de intercorrências que possam aumentar o
perigo de vida da mãe e/ou da criança, ou por minha manifestação autônoma.

Declaro ter ciência de que apesar de o parto normal ser considerado como o melhor via de parto em
condições normais de gestação, conforme descrito na literatura científica, existem situações em que a
cesárea é recomendada para salvaguardar a mãe e/ou feto, como:

- descolamento prematuro da placenta (quando a placenta descola antes do nascimento);
- placenta prévia centro total ou centro parcial (quando a placenta está localizada total ou parcialmente sobre o colo do útero, impedindo a passagem do feto);
- cicatriz uterina decorrente de duas ou mais cesáreas anteriores;
- cicatriz uterina decorrente de uma cesárea com incisão vertical sobre o útero;
- cicatriz uterina decorrente de incisões cirúrgicas prévias, como ocorre na retirada de miomas com preservação do útero;
- quando o feto se apresenta de modo anômalo (sentado ou deitado);
- gestações múltiplas (dois fetos ou mais), quando o primeiro feto se apresenta em posição anômala (sentado ou deitado);

 <p>MEMORIAL SÃO JOSÉ HUMANIZANDO A SAÚDE HUMANIZANDO COMO VOCÊ</p>	 <p>REDE DOR SÃO LUIZ</p>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARTO NORMAL	
---	---	---	--

- em situações clínicas (diabetes, hipertensão, hemorragias) que possam comprometer a saúde do feto e/ou da gestante;
- quando o estado fetal não é tranquilizador, decorrente de resultado de exame(s) sugestivo(s) de oxigenação fetal prejudicada,
- quando houver evidências de desproporção entre o feto e a bacia materna (incluindo iminência de ruptura do útero).

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com a obstetra responsável e a outra com a gestante.

Recife, _____ de _____ de 20__.

(Assinatura da gestante)

(Assinatura e carimbo com CRM do Obstetra)

Testemunha:

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

(Assinatura da testemunha)



MEMORIAL
SÃO JOSÉ



**TERMO E AVALIAÇÃO
PRÉ-ANESTÉSICA**

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____
preencher se não estiver com etiqueta

TERMINOS DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO

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

Geral Loco/Regional Sedação / em caráter: Eletivo Urgência

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

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, cefaleia pós-raqui-anestesia, hipertermia maligna, alterações hemodinâmicas como arritmia e hipotensão, entre outros.**

Confirmando 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: ____/____/____

Hora: ____:____

Assinatura do Paciente/ Responsável

NºIDENTIDADE

Assinatura / Carimbo do Médico

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

HD: _____
CIRURGIA PROPOSTA: _____ CIRURGIÃO: _____

ALERGIAS	QUAL?		CIRURGIAS ANTERIORES: QUAL?
PNEUMOPATIAS	QUAL?		PRÓTESE DENTÁRIA
CORONARIOPATIA	QUAL?		OUTROS
DIABETES			
HEPATOPATIA	QUAL?		
HIPERTENSÃO ARTERIAL			
HIPERTERMIA MALÍGNA			

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL:

CORADO: SIM NÃO HIDRATADO: SIM NÃO EUPNÉICO: 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: _____

Recife: ____/____/____

Hora: ____:____

Assinatura e Carimbo do Médico

