

<p style="text-align: center;">PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA</p> <p>Nome _____</p> <p>Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____</p> <p>Convênio _____</p> <p>Registro _____ Leito _____</p>	<p>Data da avaliação ____ / ____ / ____ Hora ____ : ____</p> <p>Responsável pela avaliação _____</p> <p style="text-align: center;">Carimbo e assinatura</p>
---	--

EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Contraindicação para anticoagulante? Sim Não

- Alergia ou plaquetopenia por heparina
- Coagulopatia (plaquetopenia ou INR > 1,5)
- Insuficiência renal (C1 Cr^o < 30 mL/min)
- HAS não controlada (> 180 x 110mm Hg)
- Sangramento ativo
- Úlcera péptica ativa

Marcar fatores de risco para TEV presentes

<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Insuficiência arterial periférica
<input type="checkbox"/> Cateteres venosos centrais	<input type="checkbox"/> Internação em UTI
<input type="checkbox"/> Doença inflamatória intestinal ativa	<input type="checkbox"/> Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m ²)
<input type="checkbox"/> Doença respiratória grave	<input type="checkbox"/> Paresia ou paralisia de MMII)
<input type="checkbox"/> Doença reumática ativa	<input type="checkbox"/> Químico / Hormonioterapia
<input type="checkbox"/> Gravidez / Puerpério	<input type="checkbox"/> Reposição hormonal / CCH
<input type="checkbox"/> História prévia de TEV	<input type="checkbox"/> Síndrome nefrótica ativa
<input type="checkbox"/> ICC classe III ou IV	<input type="checkbox"/> Trombofilias
<input type="checkbox"/> Infecção grave	<input type="checkbox"/> Varizes / Insuficiência venosa

Observações

* Inclui ressecção prostática transuretral.

◊ C1 Cr = (Peso em kg) X (140 - idade) X (0,85 se mulher) / (72) X (Cr) [normal > 80].

+ Em cirurgia bariátrica, considerar doses maiores: enoxaparina 40mg 2x/dia, nadroparina 5.700 U 1x/dia ou HNF 7.500 U 3x/dia.

§ Estudos principalmente em cirurgia abdominal e pélvica, potencialmente curativa.

≈ Uso isolado é grau de recomendação fraca, segundo a 9ª ACCP.

Métodos mecânicos?

- Meias Elásticas de Compressão Gradual (MECG) ≈
- Compressão Pneumática Intermitente (CPI)
- Fisioterapia motora para MMII (mobilidade dos pés/pernas)
- Outros

Data início: ____ / ____ / ____ Data final: ____ / ____ / ____

(Reavaliar em 2 dias)

MÉDICO

Heparina +	Risco alto	Risco intermediário
<input type="checkbox"/> HNF	<input type="checkbox"/> 5.000 U 3x/dia	<input type="checkbox"/> 5.000 U 2x/d
<input type="checkbox"/> Enoxaparina	<input type="checkbox"/> 40mg 1x/d	<input type="checkbox"/> 20mg 1x/d

Data início: ____ / ____ / ____ Data final: ____ / ____ / ____

Tempo de profilaxia recomendado

ATQ e Fratura de quadril	4 a 5 semanas
ATJ	Pelo menos 10 dias
Oncológica [§]	3 a 4 semanas
Politrauma e TRM	Até recuperação
Demais	7 a 10 dias

Carimbo e assinatura

Nas cirurgias ortopédicas "artroplastia total de quadril e artroplastia total de joelho", a **rivaroxabana pode ser utilizada como opção.**

Ciente, porém recusa a profilaxia farmacológica.

Carimbo e assinatura do médico

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

Risco mantido

Risco alterado
(abrir novo formulário)

Data: ____ / ____ / ____

Nome e Carimbo

Risco mantido

Risco alterado
(abrir novo formulário)

Data: ____ / ____ / ____

Nome e Carimbo

Risco mantido

Risco alterado
(abrir novo formulário)

Data: ____ / ____ / ____

Nome e Carimbo

Risco mantido

Risco alterado
(abrir novo formulário)

Data: ____ / ____ / ____

Nome e Carimbo

Risco mantido

Risco alterado
(abrir novo formulário)

Data: ____ / ____ / ____

Nome e Carimbo

Risco mantido

Risco alterado
(abrir novo formulário)

Data: ____ / ____ / ____

Nome e Carimbo

Risco mantido

Risco alterado
(abrir novo formulário)

Data: ____ / ____ / ____

Nome e Carimbo

Risco mantido

Risco alterado
(abrir novo formulário)

Data: ____ / ____ / ____

Nome e Carimbo

Risco mantido

Risco alterado
(abrir novo formulário)

Data: ____ / ____ / ____

Nome e Carimbo

Risco mantido

Risco alterado
(abrir novo formulário)

Data: ____ / ____ / ____

Nome e Carimbo

Risco mantido

Risco alterado
(abrir novo formulário)

Data: ____ / ____ / ____

Nome e Carimbo