Cirurgia / Procedimento	Diagnóstico

Prót. Dentária: ☐ Não ☐ Sim Mallampati: ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** Distanciamento do esterno: ☐ ≤ 12 cm ☐ ≥ 12 cm

Peso:_____ Kg Altura: _____ M Pressão Arterial: _____/_____ mmhg Pulso: _____ bpm Temp. _____ºC

Exame Físico:

Edema: ☐ Não ☐ Sim Descorado: ☐ Não ☐ Sim Dor: ☐ Não ☐ Sim

Ictérico: ☐ Não ☐ Sim Cianose: ☐ Não ☐ Sim

Hidratado: ☐ Não ☐ Sim

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cabeça e Pescoço: _____

Pulmões: _____

Coração: _____

Abdômen: _____

Membros: _____

Exames Laboratoriais: (dados relevantes se necessário)

_____

_____

_____

_____

ASA: I - II - III - IV - V - VI - E

Orientação: ☐ Anestesia planejada _____ Resultado: ☐ Liberado ☐ Não liberado

☐ Jejum Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ : _____ hs

Observações:

_____

_____

_____

_____

_____

Anestesista: _____ CRM: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações aqui contidas sobre as quais fui questionado são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não tendo omitido nenhum fato referente à minha saúde, e que fui informado com clareza sobre os procedimentos anestésicos necessários.

Recebi alguma documentação referente ao procedimento anestésico a ser realizado.

☐ Sim ☐ Não Qual: _____

Confirmo que recebi explicações sobre as técnicas anestésicas disponíveis, não tendo dúvidas quanto aos procedimentos anestésicos a serem adotados, suas indicações, contraindicações, riscos e concordo com a realização dos mesmos, estando a equipe médica autorizada a realizá-los.

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome Legível: _____

_____	_____	_____
Grau de Parentesco	Assinatura	RG (Identidade nº)