

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. _____ °C

Exame Físico:Edema: Não SimDescorado: Não SimDor: Não SimIctérico: Não SimCianose: Não Sim

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hidratado: Não Sim

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:**

Anestesta: _____ 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)