

SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

NOME:..... IDADE:.....

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:.....

CIRURGIA PROPOSTA:.....

ANAMNESE PRÉ-CIRÚRGICA

1- COMORBIDADES

☐ Sim

☐ Não

☐ HAS

☐ ICO

☐ DM

☐ DPOC

☐ Obesidade

☐ SIDA

2- HÁBITO DE VIDA

☐ Tabagismo

☐ Etilismo

☐ Drogas ilícitas

3- CIRÚRGIAS PRÉVIAS

☐ Sim

☐ Não

Quais:

4- HISTÓRIA MEDICAMENTOSA

☐ Sim

☐ Não

..... Horário:

..... Horário:

..... Horário:

..... Horário:

5 - SUSPENSÃO DE MEDICAMENTOS

☐ Antiplaquetários

☐ Anticoagulantes

☐ Antiglicemiantes

☐ Insulina

☐ Antagonistas opioides

☐ Fitoterápicos

☐ Levotiroxina

☐ Corticoides

Recomendações:.....

6 - ALERGIAS

☐ Sim

☐ Não

☐ Alimentos

☐ Respiratória

☐ Medicamentosa

☐ Cutânea

Alérgenos:.....

EXAME FÍSICO

Estado geral: Estado nutricional:

Peso: Altura: IMC:

Cardiovascular:

Respiratório:

Abdome:

AVALIAÇÃO DE RISCOS

1 - Risco de sangramento: ☐ Baixo ☐ Moderado ☐ Alto

2 - Risco Cardiológico: ☐ Baixo ☐ Moderado ☐ Alto

3 - Risco Pulmonar: ☐ Baixo ☐ Moderado ☐ Alto

4 - Risco de TVP: ☐ Baixo ☐ Moderado ☐ Alto

5 - Risco de hiperglicemia: ☐ Baixo ☐ Moderado ☐ Alto

AVALIAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

1- Exames pré-operatórios: ☐ Sim ☐ Não

Obs:

2- Avaliação cardiológica: ☐ Sim ☐ Não

Risco cirúrgico: Recomendações:

3- Avaliação anestésica: ☐ Sim ☐ Não

Risco cirúrgico: Recomendações:

4- Avaliação nutricional: ☐ Sim ☐ Não

Obs:

5- Avaliação do estomoterapeuta: ☐ Sim ☐ Não

Obs:

RECOMENDAÇÕES GERAIS

.....

____/____/____

MÉDICO