PREFEITURA MUNICIPAL DE CARMO DO PARANAÍBA
Pça Misael Luiz de Carvalho, 84 - Fone: (34) 3851-2300 - Fax: (34) 3851-2149
Secretaria Municipal de Saúde
R. Antônio Manoel, s/n - Telefax: 3851-2063 / 3851-2676

35

FICHA PARA RISCO CIRÚRGICO

Nome:_____ Data:_____

idade:_____ Cor:_____ Sexo: ☐ Fem: ☐ Masc:

Profissão:_____

Cirurgia Proposta_____

ANAMNESE:

Q. P.:_____

OUTRAS QUEIXAS:

☐ Dor precordial ☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Tonturas ☐ Sincope ☐ Edemas ☐ Tosse

_____

Medicação atual:_____

Antecedentes pessoais: ☐ DM ☐ HAS ☐ Insuf. Cor. ☐ Asma ☐ Alergias ☐ TEP ☐ TVP

☐ Distúrbio de coagulação:_____

Antecedentes familiares: ☐ Diabetes Melitus ☐ Insuf. Coronariana ☐ Hipertensão Arterial

Tabagismo: ☐ Sim ☐ Não Etilismo: ☐ Sim ☐ Não

Cirurgias anteriores:_____

Exame Físico: Peso: _____ Kg Altura:_____cm Temperatura axilar: _____c°

Ectoscopia:_____

A.R.:_____

A. C. V.: Pulsos_____ F. C.:_____ Bpm:_____ Arritmias:_____

P. A.:_____ X_____ mm Hg (deitado) P.A.: _____ x_____ mm Hg (assentado)

Ausculta: _____

Abdome:_____

S. Endócrino Tireóide:_____ Outros:_____

S. Hematológico:_____

S. N. C. Sequela de AVC: ☐ Sim ☐ Não Outros:_____

Exemes: Hemograma: _____

Glicose: _____ mg% Uréia:_____mg% Creat.:_____ mg% Urína Rotina: _____

Na.:_____ K+ _____ Cl- _____ Coagulograma:_____

ECG: _____

RX de Tórax:_____

Gases:_____ Outros: _____

Teste Funcional:_____

Conclusão: _____

Classificação: ASA - Classe:_____ Goldman - Classe:_____

Sugestões:_____

_____

_____

_____

Assinatura e Carimbo