

Nome: _____						Sexo: _____ Idade: _____					
Cirurgia: _____						Lateralidade: _____					
Cirurgião: _____						Peso: _____ Altura: _____					
CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES											
<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA ISQUÊMICA <input type="checkbox"/> ARRITMIA CAP. FUNCIONAL ____ METs <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> ICC											
RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES											
<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> TABAGISMO <input type="checkbox"/> CPAP / APNÉIA DO SONO											
ENDROCRINO <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES											
<input type="checkbox"/> HIPERTIRÓIDISMO <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPOtiróidismo <input type="checkbox"/> DISlipIDEMIA											
NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES											
<input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> EpILPSIA <input type="checkbox"/> DEPRESSÃO <input type="checkbox"/> ANSIEDADE ESCALA GLASGOW (AO:____RV:____RM:____)											
GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES											
<input type="checkbox"/> DRGE <input type="checkbox"/> HEPATITE <input type="checkbox"/> GASTRITE <input type="checkbox"/> CIRROSE											
HEMATOLÓGICA <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES				GENITOURINÁRIA <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES				HÁBITOS <input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES			
<input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> COAGULOpatIA <input type="checkbox"/> TRANSFUSÃO PRéVIA				<input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RENAL <input type="checkbox"/> LitÍASE				<input type="checkbox"/> DROGADIÇÃO <input type="checkbox"/> EtILISMO			
OUTROS											
CIRURGIAS PRÉVIAS											
ALERGIAS											
VIA ÁEREA MALLAMPATI <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> ABERTURA BUCAL ≤4cm <input type="checkbox"/> DISTÂNCIA T_M ≤ 6cm <input type="checkbox"/> HISTÓRIA IOT DIFÍCIL <input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA				ASA - ESTADO FÍSICO <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> E				ORIENTAÇÕES E SOLICITAÇÕES ORIENTO JEJUM DE ____ HORAS <input type="checkbox"/> RESERVADO LEITO DE UTI PÓS - OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> RESERVADO HEMOCOMPONENTES			
MEDICAÇÕES E POSOLOGIA 				EXAMES Hb: _____ Ht: _____ Plaquetas: _____ TP: _____ RNI: _____ KtTp: _____ Na: _____ K: _____ Uréia: _____ Cr: _____ Glicemia: _____							
<div style="text-align: right;">Assinatura e Carimbo</div>											