

Hospital Regional do Gama(HRG)
Unidade de Anestesiologia e Medicina perioperatória(UAMP)
Ambulatório Multidisciplinar de Medicina e Enfermagem Perioperatório (AMME)

Check-list Anestesia-Cirurgia Seguras

Paciente: _____

Passagem (ns) _____ DN: ____/____/____

Cirurgia a ser realizada: _____

Resumo Clínico da Avaliação Pré-anestésica

• **Avaliação do MET.**

☐ Alto ☐ Moderado ☐ Baixo

• **Avaliação de Risco de SAHOS (STOP-BANG).**

☐ Alto ☐ Baixo

• **Avaliação Risco TEP/TEV (Safety Zone)**

☐ Alto ☐ Moderado ☐ Baixo

• **Estratificação de Risco ASA (Physycal Status).**

☐ P-1 ☐ P-2 ☐ P-3 ☐ P-4 ☐ P-5

• **Estratificação de Risco pelo Porte Cirúrgico.**

☐ Alto ☐ Moderado ☐ Baixo

• **Estratificação NYHA.**

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Não se aplica

• **Estratificação de Risco Lee.**

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

• **Estratificação ACP/Detsky.**

☐ Alto ☐ Moderado ☐ Baixo

• **Outra(s) Estratificação(ões) Complementar(es) Útil (eis)**

[_____] [_____] [_____]

• **História atual positiva para presença/uso de:**

☐ Comorbidades ☐ Medicamento(s) ☐ Dispositivo(s) (CDI/MCP...)

• **História atual positiva para Alergia**

☐ Não ☐ Sim

[especificar: _____]

Check-list Anestesia-Cirurgia Seguras

Este formulário é um extrato da **Consulta Pré-anestésica Multidisciplinar**, com guias de alerta aos profissionais assistentes. Não dispensa a consulta à sua íntegra, acessada no sistema de prontuário eletrônico **SES-DF-Trakcare** através do(s) **n°(s). de Passagem(ns).** Nos casos de pacientes não-clientes do HRG, será emitido como anexo da **Consulta**.

• **História atual positiva para Etilismo/Tabagismo/Drogadição**

☐ Não ☐ Sim

[estratificação(ões): _____]

• **História Vacinal:**

☐ Não se aplica ☐ Adequada ☐ Inadequada ☐ Realizado(s) ajuste(s)

• **Exames pré-operatórios realizados na avaliação AMME**

☐ Rotina ☐ Interconsulta [especificar: _____]

☐ Funcional (Não-Inv.) ☐ Funcional (Invasivo)[especificar: _____]

• **Orientações Perioperatórias de Enfermagem ao paciente (Pré e Transoperatório).**

☐ TCLE ☐ Admissão ☐ Indumentária ☐ Adereços
☐ Prótese Dentária ☐ Jejum ☐ Transoperat ☐ Auto-cuidado
☐ Dietéticas ☐ Medicamentos ☐ Mudança de Estilo de Vida

• **Estratificação "Desenvolvimento de Lesões Decorrentes Posicionamento Cirúrgico" (ELPO Transoperatório)**

☐ ≤ 19 ☐ ≥ 20 **OBS: Esta parte deverá ser preenchida pela equipe de Enfermagem do CC-HRG**

• **Orientações Perioperatórias de Enfermagem ao Paciente (Pós-operatório).**

☐ SRPA ☐ Jejum Pós-op. ☐ Autocuidado ☐ Ferida Op.
☐ Enoxparina ☐ MECG ☐ Deamb. Precoce ☐ Deamb. ativa

☐ Retorno ao AMME (15 dias) ☐ Outro (especificar)

• **Recomendação (ões) AMME à equipe.**

☐ Terap. Medicam. ☐ Tromboprof Farmac ☐ MECG
☐ Antibiotico profilaxia ☐ Medicação Pré-anest. ☐ Outro (especificar)

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E AOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES

Este Formulário é parte componente do **Programa de Anestesia/Cirurgia Seguras do HRG**. É entregue ao paciente ao final da Consulta Pré-Anestésica ou anexado ao seu prontuário no caso de este estar internado. No dia da cirurgia, deverá seguir junto ao mesmo, e com os TCLES-AMME e da Unidade ao Centro-Cirúrgico.

EQUIPE AMME

Anestesiologia: _____

Enfermagem: _____

Data desta Consulta: ____/____/____