

Formulário para check list pré operatório

Nome do paciente: _____ DN ____/____/____ Idade: ____ anos

Data do check list : ____/____/____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Hospital de Origem: _____

1. DIAGNÓSTICO E CIRURGIA PROPOSTA

Possui Angina ☐ Sim ☐ não ☐ Estável ☐ Instável
Lesão de tronco ☐ sim ☐ não Quanto _____
DM ☐ Sim ☐ não ☐ Controlada Obs. _____
Apresenta lesão coronária ☐ Sim ☐ Não Qual /quanto _____

Quadro clínico da admissão _____

Quadro clínico atual _____

Laudo do cateterismo _____

2. DATA DOS EXAMES (Se no ICDF, pesquisar no DCE). Os exames estão válidos e disponíveis ?

☐ Ecocardiograma Data: _____ ☐ Sim ☐ Não FE _____ %
☐ Carótidas Data: _____ ☐ Sim ☐ Não
☐ CATE Data: _____ ☐ Sim ☐ Não CD ☐ no prontuário ☐ com paciente
☐ Laboratório Data: _____ ☐ Sim ☐ Não
☐ Sorologias Data: _____ ☐ Sim ☐ Não
☐ Raio X tórax Data: _____ ☐ Sim ☐ Não
☐ Odontologia Data: _____ ☐ Sim ☐ Não ☐ concluído ☐ não necessita
☐ Outros Data: _____ ☐ Sim ☐ Não
☐ Relatório Médico (somente ao transferir o paciente)
Obs _____

2.1 SE EXAMES EXTERNOS, checar se o filme/CD está com o programa cirúrgico ou então solicitar ao paciente a entrega do filme/CD na secretaria médica.

3. Medicações em uso para orientar suspensão (se no ICDF, pesquisar no MV):

- ☐ Clopidogrel – suspender 7 dias antes da internação. Manter nos pacientes que realizaram angioplastia com implante de stent nos últimos 30 dias.
- ☐ Marevan, coumadin, ticagrelor ou Varfarina - Suspender 3 dias antes da internação
- ☐ Marcoumar ou femprocumona - Suspender 5 dias antes da internação
- ☐ Xarelto – suspender 1 dia antes da internação
- ☐ AAS – manter nos pacientes que irão realizar revascularização miocárdica ou em pacientes com história prévia de AVC, independente da cirurgia a ser realizada. Suspender 7 dias antes da internação para demais cirurgias.
- ☐ Metformina ou glifage- suspender 2 dias antes da internação

4. QUESTIONÁRIO

- 4.1 Está em uso de algum **ANTIBIÓTICO**? ☐ Sim. Qual? _____ ☐ não
- 4.2 Está com sintomas de infecção de vias aéreas superiores? (tosse com expectoração, febre, secreção nasal abundante)
☐ Sim ☐ não
- 4.3 Está com sintomas de infecção urinária? (ardência para urinar, cheiro forte na urina, dor ao urinar)
☐ Sim ☐ Não
- 4.4 Está com diarreia ou vômitos? ☐ Sim ☐ não
- 4.5 Está com lesões de pele? ☐ Sim ☐ Não
- 4.6 Tem doença pulmonar (DPOC, Enfisema, Fibrose)? ☐ Sim ☐ Não SatO2 _____

5. TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO? ☐ SIM ☐ NÃO

6. LIBERADO PARA CONVOCAÇÃO ? ☐ SIM ☐ NÃO

5. PENDÊNCIAS : ☐ nenhuma ☐ Eco ☐ CATE ☐ ☐ Sorologias ☐ Termo de consentimento
☐ filme ou CD de exames externos ☐ Retirar da fila cirúrgica
Outros _____

**SE PENDÊNCIAS, () RETORNO NO AMB DE PRÉ OPERATÓRIO () RETORNO SECRETARIA MÉDICA
() RESOLVER INTERNADO**

Profissional que realizou check list

Protocolo de recebimento dos exames acima
Ass/matriculada