

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 ?

- | | | | | |
|---|-------------|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ecocardiograma | Data: _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | FE _____ % |
| <input type="checkbox"/> Carótidas | Data: _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| <input type="checkbox"/> CATE | Data: _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | CD <input type="checkbox"/> no prontuário <input type="checkbox"/> com paciente |
| <input type="checkbox"/> Laboratório | Data: _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| <input type="checkbox"/> Sorologias | Data: _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| <input type="checkbox"/> Raio X tórax | Data: _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| <input type="checkbox"/> Odontologia | Data: _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> concluído <input type="checkbox"/> não necessita |
| <input type="checkbox"/> Outros | Data: _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> 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. Medicamentos 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