|  |
| --- |
| **HOSPITAL REGIONAL DO GAMA**  **UNIDADE DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA PERIOPERATÓRIA (UAMP)**  **AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE MEDICINA E ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO**  **(AMME-HRG)** |

|  |
| --- |
| **CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM** |

NOME:

IDADE: SEXO: n.° DE PRONT.:

DN: / /

CIRURGIA(AS)/PROCEDIMENTO (S) A SER(EM) REALIZADA(O)(S):

DIAGNÓSTICO

I) ANAMNESE (DADOS POSITIVOS PRESENTES NO QUESTIONÁRIO):

a) CLÍNICO:

b) CIRÚRGICO:

II) CONTEXTO SOCIAL:

a) PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:

b) SITUAÇÃO FAMILIAR (com quem mora):

c) ACOMPANHADO(A): ( ) SIM ( ) NÃO GRAU DE PARENTESCO:

III) EXAME FISICO:

PESO IDEAL (Pi) (kg) = PESO IDEAL (Homem) = 50Kg + 0,9 (cm excede 1,5m) =

PESO IDEAL (Mulher) = 45,5Kg + 0,9 (cm excede 1,5m) =

PESO AJUSTADO (Pa) (kg) = PESO CORRIGIDO (kg)= Pi + 0,4 (Pr-Pi) =

PRESENÇA DE CATÉTER VENOSO: ( ) NÃO ( ) SIM (identificar sítio: )

GRÁVIDA: ( ) NÃO ( ) SIM ( ) NÃO SE APLICA

PRÓTESE DENTÁRIA: ( ) NÃO ( ) SIM (identificar sítio: )

VARIZES/INSUFICIÊNCIA VENOSA:( ) NÃO ( ) SIM (identificar sítio: )

Mallampati:

ACV:

AR:

Membros:

IV) NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

OXIGENAÇÃO: ( ) TOSSE ( )DISPNEIA ( )CIANOSE ( )CATETER DE O2

ALIMENTAÇÃO: ( ) ANOREXIA ( ) DISFAGIA ( ) PIROSE

ELIMINAÇÃO: ( ) DISURIA ( ) HEMATURIA ( ) OLIGURIA ( )POLACIURIA ( ) SVD

( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) COLOSTOMIA ( ) ILEOSTOMIA

DRENAGEM: ( ) SNG ( ) SNE ( ) DRENOS

SONO: ( ) INSONIA ( ) AGITAÇÃO

ATIVIDADE MOTORA: ( ) DEAMBULA SOZINHO ( )COM AUXILIO ( ) RESTRITO AO LEITO

INTEGRIDADE DA PELE: ( )AMPUTAÇÃO ( ) FERIDAS ( )CICATRIZ ( ) EDEMA

SEGURANÇA: ( ) PREVENÇÃO DE QUEDAS ( ) PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSAO

V) SITUAÇÃO VACINAL:

VI) AVALIAÇÃO DO MET:

( ) EXCELENTE ( ) MODERADA ( ) RUIM

VII) AVALIAÇÃO RISCO DE SAHOS (STOP-BANG):

( ) ALTO [≥ 3 RESPOSTAS POSITIVAS] ( ) BAIXO [< 3 RESP. POSITIVAS]

VIII) AVALIAÇÃO DO RISCO PARA TEV/TEP (ALGORITMO PRÉ-CIRÚRGICO PARA TEV)

1) FATORES DE RISCO PARA TEV: ( ) NÃO ( ) SIM especificar):

2) ESTRATIFICAÇÃO RISCO TEV-SAFETY ZONE:

( ) BAIXO ( ) INTERMEDIÁRIO ( ) ALTO

3) CONTRA-INDICAÇÃO PARA TROMBOPROFILAXIA FARMACOLÓGICA:

( )NÃO ( ) SIM (especificar: )

4) CONTRA-INDICAÇÃO PARA TROMBOPROFILAXIA MECÂNICA:

( ) NÃO

( ) SIM (Relativa: intolerância aos dispositivos)

( ) SIM (Absoluta: trauma ou enxerto em membros inferiores)

IX) ALERGIAS: ( ) NÃO ( ) SIM (especificar: )

X) TABAGISMO: ( ) NÃO ( ) SIM (Carga Tabágica: )

XI) ETILISMO: ( ) NÃO ( ) SIM(Grau de Dependência: )

XII) DROGADIÇÃO: ( ) NÃO ( ) SIM (Grau de Dependência: )

XIII- AVALIAÇÕES/RECOMENDAÇÕES:

1) ( ) ORIENTAÇÃO SOBRE INTERNAÇÃO (ADMISSÃO/TRANSOPERATÓRIO/PÓS-OP/ACOMPANHAMENTO FAMILIAR)

2) ( ) ORIENTAÇÃO SOBRE INTERNAÇÃO (INDUMENTÁRIAS/ADEREÇOS/PROTÉSE DENTÁRIA)

3) ( ) ORIENTAÇÃO SOBRE A INTERNAÇÃO(JEJUM)

4) ( ) ORIENTAÇÃO SOBRE O TCLE

5) ( ) CONSULTA PÓS OPERATÓRIA PARA: 30 DIAS APÓS A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA (SEXTA-FEIRA, 13h)

EQUIPE:

DATA: / / HORA:

A qualidade de nossos serviços depende muito de avaliações. A sua contribuição, com críticas e sugestões, será muito bem vinda, podendo ser feita nos nossos canais de Ouvidoria. Participe! Obrigado!

AMME

ÁREA ESPECIAL DO GAMA, SETOR CENTRAL, GAMA-DF CEP: 72405-901

APA FONE: (061) 3385.9752

OUVIDORIA HRG FONE: 3385.0759

OUVIDORIA DA SES: FONE 160 e 162 ou www.saude.df.gov.br