

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

ENFERMAGEM

Data:/...../.....

Nome: Leito: Sexo: () M () F Idade:

RG: Altura: Peso: T. sang.: Diagnóstico médico:

Cirurgia prevista: Data prevista:/...../.....

Relato da história e exame físico: () presente () ausente

Consentimento informado assinado: () sim () não

Últimos registros laboratoriais:

Hemograma completo: Hb: Urinálise: Ht: Glicose: Uréia:

Creatinina: Hm: VCM: VHCM: Leucograma: Cont. Díf. Leuc.: Cont. Plaq.:

T. Coag.: T. Sangr.: T. Tromb. Parc. Ativ. : T. Protomb. (c/RNI): Outros:

Laudos de RX: Outros exames:

Risco Cirúrgico: () Presente () Ausente Realizado em:/...../..... Médico:

Alergias:

Integridade da pele:

Nível de Consciência: Abertura Ocular:..... Resposta Verbal:..... Resposta Motora:..... Total:.....

Itens do paciente:	Presente	Removido
a. Dentes naturais	()	()
b. Dentaduras:	()	() (superior, inferior, parcial, ponte, coroa)
c. Outras próteses:		
d. Jóias	()	()
e. Esmalte	()	()

Família instruída sobre onde guardar? () sim () não

Sangue disponível? () sim () não Prescrito? () sim () não

Medicamento pré-anestésico administrado: Hora:

Urinou? () sim () não Espontânea: () sim () não Sonda vesical: () sim () não Quantidade: Horário da última micção:

Período de Jejum: Realizado enema? () sim () não

Expectativa quanto à anestesia: () muito preocupado(a) () preocupado(a) () sem preocupação

Estado emocional: () ansioso(a) () tranquilo(a)

Em relação à dor: () sem dor () com dor: () fraca () moderada () intensa

Local da dor: () região a ser operada () local distante da área a ser operada: () "o corpo todo" ou "não sei onde".

Uso habitual de: () tranquilizante:

() analgésico:

() outras drogas:

Sinais Vitais: T.ax.: PA: FR: FC: Verificado em:/...../..... às horas.

Enfermeiro (a):

Data:/...../.....