

# SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA

## AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO: \_\_\_\_\_

CIRURGIA PROPOSTA: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE PRÉ-CIRÚRGICA

#### 1- COMORBIDADES

Sim  Não

HAS  ICO  DM  DPOC  Obesidade  SIDA

#### 2- HÁBITO DE VIDA

Tabagismo  Etilismo  Drogas ilícitas

#### 3- CIRÚRGIAS PRÉVIAS

Sim  Não

Quais: \_\_\_\_\_

#### 4- HISTÓRIA MEDICAMENTOSA

Sim  Não

\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

#### 5 - ALERGIAS

Sim  Não

Alimentos  Respiratória  Medicamentosa  Cutânea

Alérgenos: \_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO

Estado geral: \_\_\_\_\_ Estado nutricional: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Cardiovascular: \_\_\_\_\_

Respiratório: \_\_\_\_\_

Abdome: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO DE RISCOS

- |                             |                                |                                   |                               |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1 - Risco de sangramento:   | <input type="checkbox"/> Baixo | <input type="checkbox"/> Moderado | <input type="checkbox"/> Alto |
| 2 - Risco Cardiológico:     | <input type="checkbox"/> Baixo | <input type="checkbox"/> Moderado | <input type="checkbox"/> Alto |
| 3 - Risco Pulmonar:         | <input type="checkbox"/> Baixo | <input type="checkbox"/> Moderado | <input type="checkbox"/> Alto |
| 4 - Risco de TVP:           | <input type="checkbox"/> Baixo | <input type="checkbox"/> Moderado | <input type="checkbox"/> Alto |
| 5 - Risco de hiperglicemia: | <input type="checkbox"/> Baixo | <input type="checkbox"/> Moderado | <input type="checkbox"/> Alto |

### AVALIAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

1- Exames pré-operatórios:  Sim  Não

Obs: \_\_\_\_\_

2- Avaliação cardiológica:  Sim  Não

Risco cirúrgico: \_\_\_\_\_ Recomendações: \_\_\_\_\_

3- Avaliação anestésica:  Sim  Não

Risco cirúrgico: \_\_\_\_\_ Recomendações: \_\_\_\_\_

4- Avaliação nutricional:  Sim  Não

Obs: \_\_\_\_\_

5- Avaliação do estomoterapeuta:  Sim  Não

Obs: \_\_\_\_\_

### RECOMENDAÇÕES GERAIS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

MÉDICO