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 - SUSPENSÃO DE MEDICAMENTOS

☐ Antiplaquetários ☐ Anticoagulantes ☐ Antiglicemiantes ☐ Insulina

☐ Antagonistas opioides ☐ Fitoterápicos ☐ Levotiroxina ☐ Corticoides

Recomendações:_____

6 - ALERGIAS ☐ Sim ☐ Não

☐ Alimentos ☐ Respiratória ☐ Medicamentosa ☐ Cutânea

Alérgenos:_____

EXAME FISÍCO

Estado geral: _____ Estado nutricional: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Cardiovascular: _____

Respiratório: _____

Abdome: _____

AVALIAÇÃO DE RISCOS

1 - Risco de sangramento:	☐ Baixo	☐ Moderado	☐ Alto
2 - Risco Cardiológico:	☐ Baixo	☐ Moderado	☐ Alto
3 - Risco Pulmonar:	☐ Baixo	☐ Moderado	☐ Alto
4 - Risco de TVP:	☐ Baixo	☐ Moderado	☐ Alto
5 - Risco de hiperglicemia:	☐ Baixo	☐ Moderado	☐ 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