



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE  
ASSISTÊNCIA A SAÚDE**

e-mail: fumassasojoaosdspotte@yahoo.com.br

**Avaliação Pré-Anestésica**

1. Paciente:	2. Data
--------------	---------

3. Diagnóstico pré-operatório:

4. Cirurgia Proposta:

5. Idade:	6. Peso:	7. Altura:	8. Cor:	9. Pressão Arterial:
-----------	----------	------------	---------	----------------------

Descrição	Sim	Não	Dúvida	Histórico
Patologias Cardio-Circulatórias				
Patologias Respiratórias				
Patologias do SNC				
Passado Anestésico-Cirúrgico				
Antecedentes Patológicos				
Uso de Medicação				
Prótese Dentária				
Vícios				
Transfusão Sanguínea				
Alergia				
Hipertemia Maligna na Família				

**Resultados de Exames**

Hemácias	HT	HB	Plaquetas	AP	RNI	PTTA	Uréia	Creatinina
Glicemia	Na	Cl	Ca	Mg	K	Teste Ergométrico	ECG	
Raio-X de Tórax			Ecocardiograma					
Outros								
ASA	Mallampati		DME ( ) <12,5cms ( ) >12,5cms		Anestesia Proposta			

Comentários:

**Declaro, para fins legais:**

Que estou ciente que, a meu (nosso) pedido, estarei (o paciente acima denominado estara) sendo submetido a anestesia para o procedimento referenciado, na data e hospital designados, a ser aplicada por Médico Anestesiologista do serviço. Que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem ato anestésico em questão, através da explanação que foi prestada pelo Médico Anestesiologista que me(o) examinou, tendo tido a oportunidade de receber esclarecimentos, e todas as informações necessárias a minha (nossa) perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico a qual submetter-me-ei (submeter-se-a). Que reconheço (reconhecemos) que o(s) Médico(s) Anestesiologista(s) que aplicara(rão) a anestesia exerce(m) atividade de meio, ou seja, obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos. Que, a fim de prevenir e afastar eventuais problemas, foram prestadas ao Médico Anestesiologista que me(o) examinou todas as informações relativas às condições médicas, físicas e psicológicas da minha pessoa (do paciente), informações estas que foram transcritas para a Ficha de Avaliação Pré-Anestésica. Que foram informados pelo Médico Anestesiologista os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico-cirúrgico. Que minha internação (a internação do paciente) no hospital referenciado deu-se por livre e espontânea vontade, que tenho (temos) conhecimento que o(s) Médico(s) Anestesiologista(a) apenas se responsabiliza(m) pelos procedimentos de sua especialidade, não se obrigando ou responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento ou internação como um todo;

A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.