SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA

NOME DO PACIENTE: _____IDADE:_____

DIAGNÓSTICO:_____CIRURGIA: _____

CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO

☐ EXAMES LABORATORIAIS E COAGULOGRAMA

☐ RX DE TÓRAX E ELETROCARDIOGRAMA

☐ ECOCARDIOGRAMA

☐ EXAMES ENDOSCÓPICOS

☐ EXAMES DE IMAGEM

☐ AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

☐ AVALIAÇÃO ANESTÉSICA

☐ AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

VÉSPERA DA CIRURGIA

	FAQ 10	SIM	NÃO
1	Dieta e jejum		
2	Preparo de cólon		
3	Tricotomia		
4	Consentimento informado		
5	Pré-operatório completo		
6	Exames realizados na pasta		
7	Meias elásticas antitrombo		
8	Reserva de sangue		
9	Vaga na UTI		
10	Informações sobre colostomia		

_____/_____/_____ MÉDICO

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

SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA

AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

NOME: _____ IDADE: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

CIRURGIA REALIZADA: _____

DATA DA CIRURGIA: _____ / _____ / _____ PO: _____

PRESCRIÇÃO

Reposição hídrica e eletrolítica	☐ Sim	☐ Não	_____
Antibióticos	☐ Sim	☐ Não	_____
Analgesia	☐ Sim	☐ Não	_____
Profilaxia da TVP	☐ Sim	☐ Não	_____
NPP	☐ Sim	☐ Não	Dieta: _____

EVOLUÇÃO

_____

SINAIS VITAIS

Estado Geral: _____ Estado Nutricional: _____

PA: _____ FC: _____ FR: _____ Temperatura: _____

EXAME FÍSICO

Exame físico abdominal: _____ Proctológico: _____

Ferida operatória: _____

SNG:	☐ Sim	☐ Não	Débito: _____
Sonda vesical:	☐ Sim	☐ Não	Débito: _____
Dreno:	☐ Sim	☐ Não	Débito: _____
Estoma:	☐ Sim	☐ Não	Débito: _____

CONTROLE LABORATORIAL

Data_____/_____/_____

EXAMES			
Hb / Ht		Glicemia	
Leucócitos		Ureia / Creatinina	
Plaquetas		Sódio / Potássio	
PCR		Albumina	

CONDUTA:_____

_____/_____/_____ MÉDICO

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL
AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL (ASG)

Nome: _____ Idade: _____

HISTÓRIA:

1. Alteração de peso

Perda total nos últimos 6 meses: total (KG) _____ %perda peso _____

Alteração de peso nas últimas duas semanas: ☐ Aumento ☐ Sem alteração ☐ Diminuição

2. Alteração na ingestão alimentar

☐ Sem alteração ☐ Alterada. Duração (semanas): _____

Tipo: ☐ Dieta sólida subótimo ☐ Dieta líquida completa ☐ Líquidos hipocalóricos ☐ Inanição

3. Sintomas gastrintestinais (persistentes por 2 semanas)

☐ Nenhum Náusea ☐ Vômitos ☐ Diarreia ☐ Anorexia

4. Capacidade funcional

☐ Sem disfunção (capacidade completa) ☐ Disfunção. Duração (semanas): _____

Tipo: ☐ Trabalho subótimo ☐ Ambulatório ☐ Acamado

5. Doença e sua relação com necessidades nutricionais

☐ Diagnóstico primário (especificar): _____

Demanda metabólica (estresse): ☐ Sem estresse ☐ Baixo ☐ Moderado ☐ Elevado

EXAME FÍSICO:

Físico (para cada categoria, especificar: 0=normal, 1+=leve, 2+=moderada, 3+=grave)

☐ Perda de gordura subcutânea (triceps, tórax) ☐ Edema tornozelo ☐ Ascite

☐ Perda muscular (quadríceps, deltoide) ☐ Edema sacral

AVALIAÇÃO SUBJETIVA GLOBAL (SELECIONE UMA):

☐ A = bem nutrido ☐ B = moderado ou suspeito de ser desnutrido ☐ C = desnutrição grave

MINIAVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MNA)

1. Nos últimos meses, houve diminuição da ingesta alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

☐ 0 = diminuição severa da ingesta | 1 = diminuição moderada da ingesta | 2 = sem diminuição da ingesta

2. Perda de peso nos últimos 3 meses?

☐ 0 = superior a 3 kg | 1 = não sabe informar | 2 = entre 1 e 3 kg | 3 = sem perda de peso

3. Mobilidade

☐ 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas | 1 = deambula, mas não é capaz de sair de casa | 2 = Normal

4. Passou por algum stresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

☐ 0 = sim | 1 = não

5. Problemas neuropsicológicos:

☐ 0 = demência ou depressão graves | 1 = demência leve | 2 = sem problemas psicológicos

6. Índice de Massa Corporal (IMC = peso (Kg)/estatura (m²):

☐ 0 = IMC < 19 | 1 = 19 ≤ IMC < 21 | 2 = 21 ≤ IMC < 23 | 3 = IMC ≤ 23

7. Circunferência da Panturrilha (CP) em centímetros?

☐ 0 = CP menor que 31 | 3 = CP maior ou igual a 31

ESCORE DE TRIAGEM
MÁXIMO: 145 PONTOS)

☐ ☐

12-14 pontos: estado nutricional normal
8-11 pontos: sob risco de desnutrição
0-7 pontos: desnutrido

_____/_____/_____ Data

_____ **NUTRICIONISTA**

_____ **MÉDICO**

Fonte: CBC-CBCD
PIP (Programa Impacto Positivo)

RELATÓRIO DE PREPARO CIRÚRGICO DOS PACIENTES

ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:_____IDADE:_____

ENFERMARIA:_____LEITO:_____REGISTRO:_____

	QUESTIONÁRIO	SIM	NÃO
1	Foi orientado quanto a cirurgia e pós-operatório ou exame específico?		
2	Está em jejum?		
3	A higiene corporal foi feita?		
4	Feito tricotomia? Em que região?		
5	Pele íntegra?		
6	Preparo de cólon realizado?		
7	Tem alergia? A que?		
8	Os dados vitais foram verificados e anotados na prescrição?		
9	É diabético?		
10	É hipertenso?		
11	Tomou medicação pré-anestésica?		
12	O prontuário está completo?		
13	Estão incluídos os exames realizados no prontuário?		
14	Tem termo de responsabilidade assinado?		
15	Possui prótese ou implantes? Foi retirado?		
16	Foi retirado esmalte, joias, nylon?		
17	Suspeita de gravidez?		
18	O pedido e a amostra de sangue foram enviados ao banco de sangue para reserva?		
19	Foi confirmada a vaga na UTI para o pós-operatório?		
20	Recebeu informações sobre a possibilidade de ser realizada uma colostomia?		

Observações

_____

_____

_____

_____ _____

ENFERMEIRA UNIDADE DE ORIGEM ENFERMEIRA UNIDADE RECEPTORA

Dr. Wilton Schmidt Cardozo
Titular Especialista em Coloproctologia pela SBCP
Especialista em Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica

PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS PROCTOLÓGICAS

ORIENTAÇÕES

NOME DO PACIENTE:_____ IDADE:_____

CIRURGIA:_____

INTERNAÇÃO

HOSPITAL:_____

DATA DA CIRURGIA:_____/_____/_____ HORÁRIO:_____

INTERNAÇÃO: _____/_____/_____ HORÁRIO:_____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:_____

PREPARO INTESTINAL

VÉSPERA DA CIRURGIA:_____

DATA DA CIRURGIA:_____

DIETA

VÉSPERA DA CIRURGIA:_____

DIA DA CIRURGIA:_____

APÓS A CIRURGIA:_____

ALTA HOSPITALAR

VISITA MÉDICA:_____

RETORNO:_____

_____/_____/_____ MÉDICO

CHECKLIST DAS ORIENTAÇÕES

- ☐ Orientações sobre a internação
- ☐ Orientações sobre o tempo de internação
- ☐ Orientações sobre o preparo intestinal
- ☐ Orientações sobre o jejum e a dieta
- ☐ Orientações sobre a alta hospitalar
- ☐ Orientações sobre os exames pré-operatórios
- ☐ Orientações sobre o pré-operatório
- ☐ Orientações sobre próteses ou implantes
- ☐ Orientações sobre esmalte, joias, piercing, cílios e cabelos postiços
- ☐ Orientações sobre o pós-operatório
- ☐ Orientações sobre a receita médica
- ☐ Orientações sobre os curativos
- ☐ Orientações sobre a cirurgia
- ☐ Orientações sobre o retorno ambulatorial
- ☐ Orientações sobre o consentimento informado
- ☐ Orientações sobre gravidez
- ☐ Orientações sobre DM, HAS e tireoidopatias
- ☐ Orientações sobre medicamentos domiciliares
- ☐ Orientações sobre dúvidas frequentes
- ☐ Orientações sobre o SITE

EM CASO DE EMERGÊNCIA:

DR. WILTON SCHMIDT CARDOZO: TELEFONE:_____

DÚVIDAS FREQUENTES

1. Quanto tempo ficarei afastado do trabalho?
2. Preciso manter dieta leve no pós-operatório?
3. Quando retornarei na consulta pós-operatória?
4. Em caso de urgência ou complicações cirúrgicas, como faço para entrar em contato com a equipe médica?
5. Em quanto tempo posso voltar a dirigir?
6. Quando poderei voltar a ingerir bebida alcoólica?
7. Quanto tempo após a cirurgia poderei viajar?
8. Quanto tempo devo aguardar para reiniciar atividades físicas leves (caminhadas)?
9. Em quanto tempo poderei retornar com atividades físicas intensas (academia)?
10. Quando poderei voltar a utilizar banheiras e frequentar piscinas ou praia?
11. Quando poderei voltar a ter relações sexuais?

Seguir essas orientações é imprescindível para ter um melhor resultado cirúrgico.

www.wiltoncardozo.com.br

1- MEIAS ELÁSTICAS CIRÚRGICAS ANTI-TROMBO 7/8' (18mmhg) ---------- 01 U

COMO CALÇAR

Importante: recomenda-se o uso de luvas.

1. Vire a meia do avesso até o calcanhar.
2. Desvire a meia aos poucos, com movimentos leves, até calçá-la.
3. A meia deve ser colocada de maneira uniforme e sem dobras.