

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 - 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

SERVIÇO DE COLOPROCTOLOGIA

AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

NOME: _____ IDADE: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

CIRURGIA REALIZADA: _____

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

PRESCRIÇÃO

Reposição hídrica e eletrolítica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	_____
Antibióticos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	_____
Analgesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	_____
Profilaxia da TVP	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	_____
NPP	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 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 (tríceps, 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

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