VISITA PRÉ E PÓS-ANESTÉSICA

1 OBJETIVO

Padronizar a visita pré e pós-anestésica em todos os pacientes que serão submetidos a procedimentos eletivos com utilização de anestesia.

2 REFERÊNCIAS NORMATIVAS

Thomas M, Morrison C, Newton R, Schindler E. Consensus statement on clear fluids fasting for elective pediatric general anesthesia. Paediatr Anaesth. 2018 May;28(5):411-414. doi: 10.1111/pan.13370. Epub 2018 Apr 27. PMID: 29700894.

3 GLOSSÁRIO

CEC: Circulação Extra Corpórea

CUF: Ultrafiltração Convencional

DDAVP: Desmopressina

MUF: Ultrafiltração Modificada

TCA: Tempo Coagulação Ativada

4 RESPONSABILIDADES

CARGOS	ATIVIDADE
Médico Anestesista	• Realizar visita pré-anestésica; • Orientar pacientes quanto ao procedimento anestésico; • Realizar visita pós-anestésica.

5 VISITA PRÉ-ANESTÉSICA

5.1 O Médico Anestesista deve realizar a visita pré-anestésica antes do procedimento cirúrgico;

5.1.1 Preferencialmente que a visita aconteça na presença do familiar ou representante legal;

5.2 Considerar dados relevantes à história clínica;

5.2.1 Exame físico, exames laboratoriais e de imagem discutidos nas sessões referentes a cada grupo de cirurgias separadamente.

5.3 Orientar os pacientes e os familiares quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento anestésico;

5.4 Orientar equipe e pacientes quanto à necessidade de jejum pré-operatório, além de orientações às expectativas de dor pós-operatória e segurança anestésica;

5.4.1 Definições para o jejum pré-operatório:

TIPO DE DIETA	RECOMENDAÇÃO
Líquidos sem resíduos	Até 2 horas antes da cirurgia
Leite materno	Até 4 horas antes da cirurgia
Leite não humano, fórmulas, papinha, sólidos leves.	Até 6 horas antes da cirurgia
Alimentos sólidos ricos em gorduras ou proteínas	Até 8 horas antes da cirurgia;

5.5 Apresentar ao paciente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme Anexo I;

5.5.1 No caso das crianças, apresentar TCLE aos responsáveis legais da criança;

5.5.2 No caso dos adultos, apresentar TCLE ao paciente e/ou responsável legal;

5.6 Solicitar assinatura do TCLE, constando data e horário;

5.6.1 Nenhum paciente realizará ato anestésico eletivo sem o documento assinado.

5.6.2 Em casos de urgência e emergência é dispensada a assinatura deste termo, mas o anestesista deve prestar os devidos esclarecimentos aos responsáveis tão logo seja possível.

5.7 Registrar a visita pré-anestésica no formulário “Ficha de Visita Pré-Anestésica”, vide Anexo I e II;

5.8 Anexar os documentos preenchidos no prontuário do paciente;

5.8.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Anexo I;

5.8.2 “Ficha de Visita Pré-Anestésica”, Anexo II e III.

5.9 Registrar a visita pós-anestésica no formulário “HANDOFF”, vide Anexo IV;

6 VISITA PÓS-ANESTÉSICA

6.1 O Médico Anestesista deve realizar a visita pós-anestésica no dia seguinte ao procedimento cirúrgico;

6.1.1 Em pacientes internados ou na avaliação de alta hospitalar em pacientes externos.

6.2 Registrar a visita pós-anestésica no formulário de pós-operatório pediatria, vide Anexo V;

7 RELAÇÃO DOS ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ANEXO II - FICHA DE VISITA PRÉ-ANESTÉSICA PEDIATRIA

ANEXO III - FICHA DE VISTA PRÉ-ANESTÉSICA ADULTO

ANEXO IV – FORMULÁRIO HANDOFF PEDIATRIA

ANEXO V – FORMULÁRIO DE PÓS-OPERATÓRIO PEDIATRIA

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE ANESTESIA	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Paciente:	Prontuário:
Data de nascimento:	Idade:
Identidade:	Órgão expedidor:
Responsável ou representante legal:	

Eu,_____,
declaro pelo presente instrumento que voluntariamente e livre de qualquer tipo de constrangimento, fui orientado, durante a visita pré-anestésica, de modo claro e objetivo, sobre alternativas possíveis, vantagens, desvantagens, riscos, possibilidades de complicações e efeitos adversos do ato anestésico. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas inteira e satisfatoriamente pelo (a) Doutor (a) _____CRM _____ médico do Serviço de Anestesia do Instituto Nacional de Cardiologia (INC), durante a visita pré-anestésica. Não omiti informações relacionadas ao meu estado de saúde ou hábitos que poderiam influenciar o ato anestésico-cirúrgico.

Fui informado que o INC tem como norma evitar a transfusão de sangue e seus derivados em todos os seus pacientes por reconhecer que sua aplicabilidade somente será administrada em hipótese de iminente risco de morte ou sequelas graves, sendo informado ao/a paciente e/ou seu representante que será utilizado todo conhecimento científico atual na forma de técnicas e procedimentos disponíveis para diminuir a perda sanguínea e evitar a necessidade de transfusão, conforme descrito no TERMO DE CIÊNCIA E ESCLARECIMENTO PARA PACIENTES QUE RECUSAM TRANSFUSÃO DE SANGUE E DERIVADOS (anexado).

Também fui informado de que, mesmo utilizando todos os recursos disponíveis na instituição, poderão ocorrer situações clínicas não previstas e com risco de morte durante e após a internação, incluindo a utilização de sangue e derivados.

Desta forma, pude criteriosamente, decidir-me por aceitar a atuação profissional para a intervenção programada, incluindo, se necessário, procedimentos para monitorização e todos os recursos científicos e tecnológicos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para que os objetivos propostos sejam alcançados da melhor maneira possível. Manifesto assim minha concordância e meu consentimento.

Data:	Hora:
Médico responsável:	Assinatura do paciente ou responsável legal:

Não foi possível coleta do Termo de Consentimento Informado por tratar-se de:

☐ Situação de Emergência ☐ Recusa do Paciente ☐ Recusa do responsável Legal

ANEXO II

FICHA DE VISITA PRÉ-ANESTÉSICA PEDIATRIA

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
	FICHA DE VISITA PRÉ-ANESTÉSICA PEDIATRIA

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				**Data:**
Nome:				Prontuário:
Idade:	Peso:	Altura:	Sexo: ☐F ☐M	Religião:
Tipo Sanguíneo:	Superfície Corporal:	Idade Gestacional:	Peso ao nascimento:	
Patologia Cardiovascular:				
Patologias Associadas:				
Precaução de contato: ☐ Não ☐ Sim. Qual microrganismo?				
Cirurgia Proposta: ☐ Eletiva ☐ Urgência				RACHS-1 *score*:
História de IVAS? ☐ Não ☐ Sim. Qual?				
Uso de antibiótico recente? ☐ Não ☐ Sim. Qual?				
Possui vacina recente? ☐ Não ☐ Sim. Qual?				
Jejum: ☐Líquidos sem resíduos. ☐Leite materno. ☐Leite não humano, fórmulas, papinha, sólidos leves. ☐Alimentos sólidos ricos em gorduras ou proteínas.				Tempo/ horas:
Medicações em uso:				
Anestesias anteriores:				
Alergias: ☐ Não ☐ Sim. Qual?				
Hemotransfusão Prévia/ Coagulopatias: ☐ Não ☐ Sim				
Malformações Congênitas: ☐ Não ☐ Sim. Qual?				
EXAME CLÍNICO				
Dentes / Pescoço I Maliampati:				
Aparelho Cardiovascular:				
Aparelho Respiratório:				
Aparelho Urinário:				
Pulsos Periféricos:				
Aparelho Digestivo:				
Tax: °C	PA: mmHg	FR: irpm	FC: bpm	ASA:	Classe Funcional:
Medicação Pré Anestésica:		Via:	Dose:		
ACESSOS VASCULARES	☐Periférico. Localização:				
	☐PICC. Localização:				
	☐Acesso Central. Localização:				
	☐PAM. Localização:				
EXAMES COMPLEMENTARES				
LABORATÓRIO	Hematócrito:	Ureia:	Leuco:	Plaquetas:
	Hemoglobina:	Fibrinogênio:	Creatinina:	Glicose:
	Potássio:	Cálcio:	Sódio:	EAS:
	TAP (INR):	PCR-T:	PTT:	

ECG:
Eco - Doppler:
Cateterismo:
Outros Exames:
Observações:

ANEXO III

FICHA DE VISITA PRÉ-ANESTÉSICA ADULTO

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	
FICHA DE VISITA PRÉ-ANESTÉSICA ADULTO	

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				**Data:**
Nome:				Prontuário:
Idade:	Peso:	Altura:	IMC:	
Sexo:	Religião:	Tipo Sanguíneo:		
Patologia Cardiovascular:				
Patologias Associadas:				
Precaução de contato: ☐ Não ☐ Sim. Qual microrganismo?				
Cirurgia Proposta: ☐ Eletiva ☐ Urgência	Idade Fértil: ☐ Não ☐ Sim.			
Medicações em uso:				
Anestesias anteriores:				
Alergias: ☐ Não ☐ Sim. Qual?	Tabagismo: ☐ Não ☐ Sim	Etilismo: ☐Não ☐Sim		
Hemotransfusão Prévia/ Coagulopatias: ☐ Não ☐ Sim				
Malformações Congênitas: ☐ Não ☐ Sim. Qual?	Uso de Próteses: ☐ Não ☐ Sim			
EXAME CLÍNICO				
Dentes / Pescoço I Maliampati:				
Aparelho Cardiovascular:				
Aparelho Respiratório:				
Aparelho Urinário:				
Pulsos Periféricos:				
Aparelho Digestivo:				
Tax: °C	PA: mmHg	FR: irpm	FC: bpm	ASA:	Classe Funcional:
Medicação Pré Anestésica:	Via:	Dose:		
EXAMES COMPLEMENTARES				
LABORATÓRIO	Hematócrito:	Ureia:	Leuco:	Plaquetas:
	Hemoglobina:	Fibrinogênio:	Creatinina:	Glicose:
	Potássio:	Cálcio:	Sódio:	EAS:
	TAP (INR):	PCR-T:	PTT:	
ECG:				
Eco-Dopler:				
Cateterismo:				
Outros Exames:				
Observações:				

ANEXO IV

FORMULÁRIO DE *HANDOFF* PEDIATRIA

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

FORMULÁRIO DE *HANDOFF* PEDIATRIA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS			Data:
Nome:			Prontuário:
Idade:	Peso:	Altura:	Idade Gestacional:
Tipo Sanguíneo:		Alergias: ☐ Não ☐ Sim. Qual?	
Diagnóstico:			
Comorbidades:			
Precaução de contato: ☐ Não ☐ Sim. Qual microrganismo?			
DADOS INTRAOPERATÓRIOS			
Cirurgia:			Tempo Cirurgia:
CEC:	Clamp:	Perfusão Cerebral Seletiva:	Parada Circulatória:
Diurese Total:	MUF:	CUF:	Balanço Hídrico:
Cristaloide (ml):	Coloide (ml):	Concentrado de Hemácias (ml):	
Plasma (ml):	Crioprecipitado (ml):	Plaquetas (ml):	Complexo Protrombínico(UI):
Fibrinogênio (mg):	DDAVP (UI):	TCA Inicial:	TCA Final:
Antibiótico Profilático:		Dose:	Último horário:
INTERCORRÊNCIAS:			
ECO PÓS-CORREÇÃO:			
DADOS DE SAÍDA DE SALA			
☐Dreno Pleural Direito:	☐Dreno Pleural Esquerdo:	☐Dreno Mediastino:	
☐Fio de Marcapasso	☐Cateter Vesical	☐Cateter de *Tenckhoff*	☐Sonda Nasogástrica
☐Tubo Orotraqueal n°	Posição: cm	Parâmetros:	
ACESSOS VASCULARES	☐Periférico. Localização:		
	☐PICC. Localização:		
	☐Acesso Central. Localização:		
	☐PAM. Localização:		
INFUSÕES	Milrinona: mcg/kg/min	Adrenalina: mcg/kg/min	Noradrenalina: mcg/kg/min
	Ringer Lactato: ml/h	Vasopressina: UI/kg/min	Nitroprussiato: mcg/kg/min
	Dexmedetomidina: mcg/kg/h	Outros:	
LABORATÓRIO	pH	$PaCO_2$	SaO_2 / PaO_2
	HCO_3	BE	$PvCO_2$ / SvO_2
	Hematócrito	Glicose / K+	Ca ++ / Lactato
SINAIS VITAIS DE SAÍDA	FC:	SpO_2:	PA:
	Temperatura:	PVC:	PAP:
Assinatura e carimbo da Anestesia:		Assinatura e carimbo da Enfermagem:	

CUF: Ultrafiltração Convencional; **MUF**: Ultrafiltração Modificada; **TCA**: Tempo Coagulação Ativada; **DDAVP**: Desmopressina

ANEXO V

FORMULÁRIO DE PÓS-OPERATÓRIO PEDIATRIA

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

FORMULÁRIO DE PÓS-OPERATÓRIO PEDIATRIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			DATA:
Nome:			Prontuário:
Idade:	Peso:	Altura:	Tipo Sanguíneo:
Diagnóstico:			
Cirurgia Realizada:			
Precaução de contato: ☐ Não ☐ Sim. Qual microrganismo?			

DADOS PÓS-OPERATÓRIOS			
Diurese Total:		Balanço Hídrico:	
Cristaloide (ml):	Coloide (ml):	Concentrado de Hemácias (ml):	
Plasma (ml):	Crioprecipitado (ml):	Plaquetas (ml):	Complexo Protrombínico (UI):
Fibrinogênio (mg):		DDAVP (UI):	
Antibiótico:		Dose:	Último horário:
Sinais e sintomas: ☐Náuseas e vômitos ☐dor ☐choque			

INTERCORRÊNCIAS	CONDUTAS

Código do documento:	Início da vigência:	Próxima revisão:	Versão:
POP.ANEST.006	21/06/2024	20/06/2024	00

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

FORMULÁRIO DE PÓS-OPERATÓRIO PEDIATRIA

D1 ECO PÓS-OPERATÓRIO

DADOS DE SAÍDA DE SALA

☐Dreno Pleural Direito:	☐Dreno Pleural Esquerdo:	☐Dreno Mediastino:	
☐Fio de Marcapasso	☐Cateter Vesical	☐Cateter de *Tenckhoff*	☐Sonda Nasogástrica
☐Extubado	☐Tubo Orotraqueal n°	Posição: cm	Parâmetros:

ACESSOS VASCULARES	☐Periférico. Localização:			
	☐PICC. Localização:			
	☐Acesso Central. Localização:			
	☐PAM. Localização:			
INFUSÕES	Milrinona: mcg/kg/min	Adrenalina: mcg/kg/min	Noradrenalina: mcg/kg/min	
	Ringer Lactato: ml/h	Vasopressina: UI/kg/min	Nitroprussiato: mcg/kg/min	
	Dexmedetomidina: mcg/kg/h	Outros:		
ANALGESIA	Dipirona ☐Não ☐Sim. Intervalo:			
	Morfina ☐Não ☐Sim.	Cetorolaco ☐Não ☐Sim.	Fentanil ☐Não ☐Sim.	
	Precedex ☐Não ☐Sim.	Cetamina ☐Não ☐Sim.		
LABORATÓRIO	pH	$PaCO_2$	SaO_2	PaO_2
	HCO_3	BE	$PvCO_2$	SvO_2
	Hematócrito	Glicose	K+	Ca ++	Lactato
SINAIS VITAIS	FC:	SpO_2:	PA:	
	Temperatura:	PVC:	PAP:	

PROGRAMAÇÃO PARA AS PRÓXIMAS 24H

Assinatura e carimbo da Anestesia:

Código do documento:	Início da vigência:	Próxima revisão:	Versão:
POP.ANEST.006	21/06/2024	20/06/2024	00