

ASA:	RGH:	DATA CIRURGIA:	NOME DO PACIENTE
CIRURGIA PROPOSTA:			ENDEREÇO: _____
CIRURGIA REALIZADA:			
CIRURGIÃO:			TELEFONE(S): _____
1º ASSISTENTE:			
2º ASSISTENTE:			CIDADE: _____
ANESTESISTA:			MATRÍCULA: _____ DATA NASC. ____/____/____
TIPO DE ANESTESIA:			
INÍCIO:	TERMINO:	PRE-MEDICAÇÃO - TEMPO:	

MONITORAÇÃO:
 CARDIOSCÓPIO
 OXÍMETRO
 PA NÃO INVASIVO
 CAPNÓGRAFO
 AP. ANESTESIA

HORA AGENTE																				
O ₂																				
N ₂ O																				

DROGAS USADAS DURANTE ATO CIRÚRGICO																				

SORO																				
SANGUE																				
OUTROS																				

SEXO	200																			
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																				
DATA NASC.	180																			
HORA	160																			
APGAR	140																			
PESO	120																			
	100																			
	80																			
	60																			
	40																			

VENTILAÇÃO: ESPONTÂNEA CONTROLADA
 VENTILADOR: VC FR PB
 CIRCUITO VALVULAR: +/- ABS. CO₂ +/-

NOTAS E INTERCORRÊNCIAS

DROGAS	TOTAL	DROGAS	TOTAL
01.		07.	
02.		08.	
03.		09.	
04.		10.	
05.		11.	
06.		12.	

<p style="text-align:center;">OBSERVAÇÃO IMPORTANTE</p> <p>Os prestadores de serviços médicos estão sujeitos às normas do Código de Ética Médica, principalmente nos itens: Artigo 33, capítulo 3; Artigo 57, capítulo 5 e Artigos 87, 88 e 95 capítulo 8</p>	_____ Ass. do Anestesista
--	------------------------------