

Avaliação Peri Operatória

Data: ____/____/____

ETIQUETA

Tempo de anestesia (minutos): ____ **Tempo de cirurgia (minutos):** ____

Sexo: () Masculino () Feminino

Peso (kg):____ **Altura (cm):**____ **IMC (kg/m²):**____

Comorbidades: () HAS () DM () Apneia do Sono

Outras:_____

Dose total (intraoperatório):

Fentanil (mcg): ____

Remifentanil(mcg): ____

Propofol (mg): ____

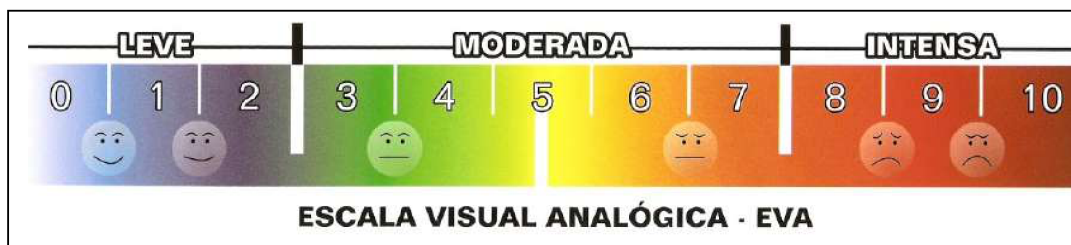
Avaliação Peri Operatória

Data: ____/____/____

ETIQUETA

Sala de Recuperação Pós Anestésica

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



Náuseas/vômitos: () SIM () NÃO

Uso de sintomáticos (resgate): () SIM () NÃO

Se sim, qual e dose: _____

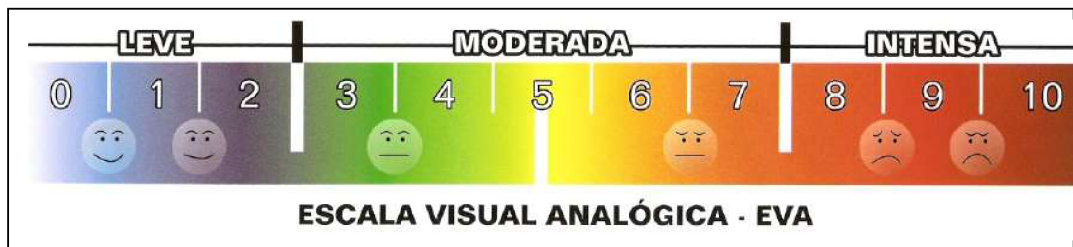
Avaliação Peri Operatória

Data: ____/____/____

ETIQUETA

Após 6 h do término da cirurgia

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



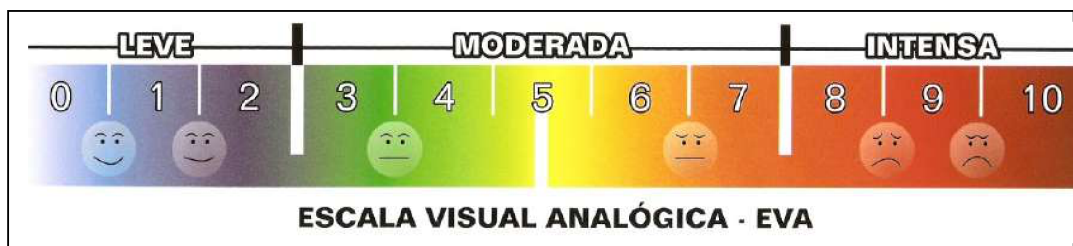
Náuseas/vômitos: () SIM () NÃO

Uso de sintomáticos (resgate) : () SIM () NÃO

Se sim, qual e dose: _____

Após 12 h do término da cirurgia

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



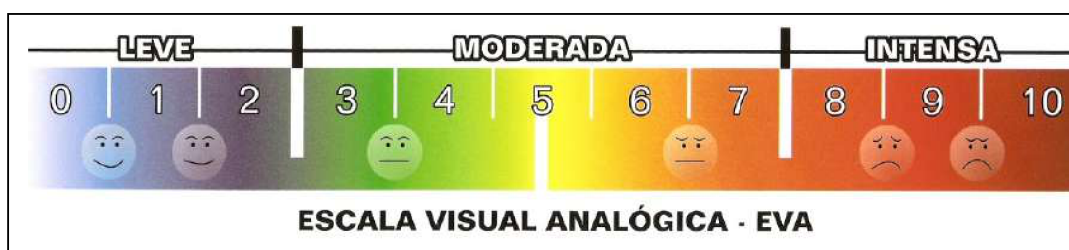
Náuseas/vômitos: () SIM () NÃO

Uso de sintomáticos (resgate) : () SIM () NÃO

Se sim, qual e dose: _____

Após 24 h do término da cirurgia

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



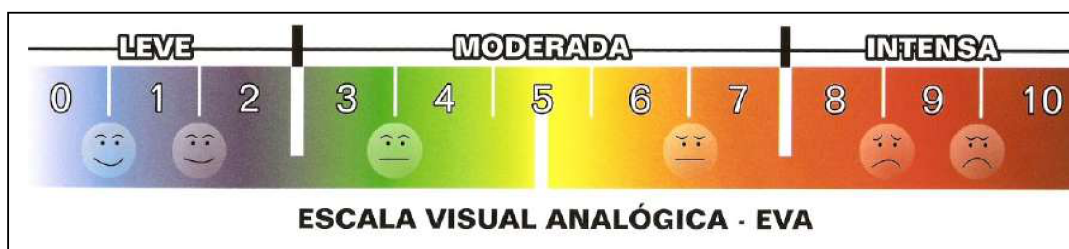
Náuseas/vômitos: () SIM () NÃO

Uso de sintomáticos (resgate) : () SIM () NÃO

Se sim, qual e dose: _____

Após 48 h do término da cirurgia

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



Náuseas: () SIM () NÃO

Uso de sintomáticos (resgate) : () SIM () NÃO

Se sim, qual e dose: _____

Dose total (pós operatório):

Morfina (mg): _____

Antieméticos:

Nome _____ **Dose total:** _____

Nome _____ **Dose total:** _____

Tempo até primeira ingesta oral alimentos líquidos (minutos após término cirurgia): _____

Tempo até primeira evacuação (minutos após término cirurgia): _____

Tempo permanência hospitalar (minutos após término cirurgia): _____