



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RISCO CIRÚRGICO

Identificação: _____
Clínica de origem: _____ Idade: _____
Cirurgia proposta: _____
Tipo de anestesia: _____
Antecedentes cardiológicos pessoais: _____
Antecedentes cardiológicos familiares: _____
Uso de drogas: _____
Outras patologias: _____

Cirurgias anteriores:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Intercorrências:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Fumo:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Álcool:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Diabetes:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Hipertensão:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Anovulatórios:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Obesidade:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Sedentarismo:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Sinais insuf. venosa:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Alérgico a medicamento:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Exame físico especializado:

Resultado dos exames:

Rx: _____

ECG: _____

Outros: _____

Observação: _____

Risco cirúrgico:

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>