



HOSPITAL VETERINÁRIO UNIVERSITÁRIO
SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA VETERINÁRIA



| | | | | | |
|------------------|---------|----------|-------|--------------|---------------------|
| Nome do Paciente | Espécie | Raça | Idade | Peso | FICHA ANESTÉSICA Nº |
| Anestesista | | Auxiliar | | Procedimento | |
| Cirurgião | | Auxiliar | | | |

| Exames Laboratoriais | | | | | | | | |
|----------------------|----|-----|------|----|-------|-----|-------|--------|
| Ht | PT | Alb | Plaq | FA | Ureia | ALT | Creat | Outros |

| Avaliação Pré-Anestésicas | | | | Hora: | | | |
|----------------------------|------------------------------------|-------------|-----------------------------------|-------|---------|------------|--|
| E S T A D O | <input type="checkbox"/> Alerta | D O R | <input type="checkbox"/> Sem dor | T °C | Mucosas | Hidratação | Jejum: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | <input type="checkbox"/> Tranquilo | | <input type="checkbox"/> Leve | F.C. | F.R. | P.A. | |
| | <input type="checkbox"/> Deprimido | | <input type="checkbox"/> Moderada | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Excitado | | <input type="checkbox"/> Severa | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Agressivo | | | | | | |

| Medicações Pré-Anestésicas | | | | Hora: | |
|----------------------------|------|-----|---|-------|--|
| Fármaco | Dose | Via | Sedação <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Intensa | Obs: | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Indução | | | Hora: | | |
|---------|------|-----|--|------------|--|
| Fármaco | Dose | Via | Intubação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Obs: | |
| | | | Nº sonda endotraqueal: | | |
| | | | Fluido | Velocidade | |
| | | | | | |

| Medicação Transanestésica | | | | | |
|---------------------------|------|-----|------|--|--|
| Fármaco | Dose | Via | Hora | Anestesia Local Hora: | |
| | | | | Técnica: | Vol: |
| | | | | Lidocaína % <input type="checkbox"/> | Êxito <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| | | | | Bupivacaína % <input type="checkbox"/> | |
| | | | | _____ % | Obs: |



HOSPITAL VETERINÁRIO UNIVERSITÁRIO
SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA VETERINÁRIA



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | |
| 210 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 200 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 190 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 180 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 170 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 160 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 150 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 140 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 130 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 110 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| T°C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SO ₂ % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trans. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Legenda:
- FC ●
 - FR ○
 - PAS ^
 - PAD v
 - PAM -
 - ETCO₂ Δ

Obs:

| Avaliação Pós Anestesia | | | Hora: | | |
|--|---------------|---|-------|--|---|
| Recuperação <input type="checkbox"/> Dífícil <input type="checkbox"/> Rápida <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Lenta | Extubado: | Escala de dor: | | | Soma final: Resgate <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Medicamento: |
| | Decúb extern: | Vocalização <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 Palpação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Andar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atitude <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |

| Medicação Pós-Cirúrgica | | | Hora: | |
|-------------------------|------|-----|-------|--|
| Fármaco | Dose | Via | Obs: | |
| | | | | |

Assinatura responsável: _____ Data: / /