



**ALBERT EINSTEIN**  
**HOSPITAL ISRAELITA**

## Política

---

### **Anestesia e Sedação no HIAE**

Versão eletrônica atualizada em Março – 2009

## Anestesia e Sedação no HIAE

### Definição

Diretriz que estabelece as normas e condições para a realização de anestesia e sedação no Hospital Israelita Albert Einstein, definindo as etapas do processo anestésico e os requisitos essenciais para a segurança, ética e qualidade.

### Objetivos

Estabelecer regras para prática anestésica na instituição visando redução do risco e conseqüente aumento da segurança aos clientes da SBIBHAE.  
Garantir os padrões éticos e de excelência em qualidade na prática anestésica institucional.

### Indicação

Esta política se aplica aos médicos anesthesiologistas que exercem a prática assistencial na instituição, e aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e ou terapêuticos que necessitem de cuidados anestésicos.

### Instruções Específicas

#### I. Definições institucionais.

##### Quanto à Faixa Etária de Pacientes

Paciente Pediátrico: Na SBIBHAE considera-se paciente pediátrico a criança desde o nascimento (zero) até os 18 anos de idade. Para fins anestésicos serão considerados pacientes pediátricos aqueles com < 12 anos (11anos, 11 meses e 29 dias) de idade.

Paciente Idoso: considera-se idoso o paciente com idade superior a 65 anos.

#### II. Conceitos

##### ANESTESIOLOGIA

É uma especialidade médica que tem como objetivo proporcionar segurança e conforto aos pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos sem percepção da dor e isentos dos efeitos reflexos indesejáveis do trauma cirúrgico.

##### ANESTESIA GERAL

É um estado de depressão do nível de consciência durante o qual o paciente não é despertado, mesmo por estímulos dolorosos. A habilidade de manter a ventilação é **freqüentemente comprometida**, necessitando de assistência respiratória para manutenção da permeabilidade da via aérea, e uso de ventilação com pressão positiva devido à depressão da ventilação espontânea por drogas e/ou relaxantes musculares.

##### ANALGESIA

Consiste na diminuição ou supressão da sensação dolorosa, sem perda de consciência.

##### SEDAÇÃO

É um estado de depressão do nível de consciência induzida por drogas, em diferentes níveis de intensidade. De acordo com doses administradas e respostas individuais do paciente, o resultado variar desde a consciência com leve tranqüilidade até a inconsciência. É classificada em 3 níveis:



- **ANSIÓLISE (SEDAÇÃO MÍNIMA)**= é o estado de tranqüilidade e calma induzido por drogas, durante a qual, o paciente responde normalmente aos comandos verbais. Embora as funções cognitivas e de coordenação possam estar comprometidas, a função cardiovascular e ventilatória estão preservadas.
- **SEDAÇÃO MODERADA ("SEDAÇÃO CONSCIENTE")** = é uma depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual o paciente desperta intencionalmente a um comando verbal e/ou um leve estímulo tátil. Nenhuma intervenção é necessária para manter a via aérea permeável e a ventilação espontânea está adequada. A função cardiovascular está preservada. **Os reflexos de retirada aos estímulos dolorosos não são válidos como resposta esperada nesse nível de sedação.**
- **SEDAÇÃO PROFUNDA** = é uma depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual o paciente não acorda facilmente, porém responde aos estímulos dolorosos repetidos. A habilidade de manter a função ventilatória espontânea pode estar comprometida. Paciente pode requerer assistência para a manutenção da permeabilidade de vias aéreas e/ou suporte ventilatório. A função cardiovascular está freqüentemente preservada. **Os reflexos de retirada aos estímulos dolorosos não são válidos como resposta esperada nesse nível de sedação.**
- **ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO** = É caracterizado pelo transporte do paciente entre destino e origem sob os cuidados do anestesiológico, sem administração de agentes psicotrpicos, podendo ocorrer ou não intervenção terapêutica para a manutenção da condição clínica ( hemodinâmica e ou respiratória) estável e segura. Pode ocorrer a necessidade de intervenção anestésica por falta de colaboração do paciente , mudança de condição clínica ou necessidade de realização de procedimentos dolorosos não planejados.

### III. Regras

#### Aspectos gerais

1. Os procedimentos de anestesia e sedação no HIAE são realizados por médicos anesthesiologists autônomos e contratados.
2. A prática de sedação para médicos não anesthesiologists, assim como os limites e regras, estão definidos na Política de Sedação para Médicos não Anesthesiologists (Link)
3. Para atuar na SBIBHAE, médico anesthesiologist será submetido ao processo de cadastramento pela Direção Clínica, segundo regras aprovadas pelo Comitê Médico Executivo. As eventuais exceções deverão ser tratadas pela Diretoria Clínica ou, na sua ausência, pelo plantão médico administrativo.

#### Responsabilidades.

1. O médico anesthesiologist deve oferecer ao paciente os melhores padrões de cuidado na sua especialidade em respeito à dignidade do paciente.
2. O médico anesthesiologist deve respeitar a lei e sugerir mudanças nos cuidados assistências pelo interesse da segurança de seus pacientes e sua prática.
3. O médico anesthesiologist deve respeitar os direitos dos pacientes, seus familiares, demais médicos e outros profissionais de saúde.
4. O médico anesthesiologist deve atualizar seus conhecimentos de forma contínua, objetivando proporcionar uma prática anestésica de qualidade aos seus pacientes.
5. O médico anesthesiologist tem responsabilidade ética com a comunidade e a sociedade.
6. Todo paciente e seus familiares devem ser tratados com respeito, devendo ser identificadas suas necessidades e dúvidas, as quais devem ser esclarecidas antes de procedimento anestésico.

7. O médico anestesiológico é responsável em realizar uma avaliação clínica prévia à cirurgia, estabelecendo um plano anestésico para seu paciente.

8. É dever do médico anestesiológico solicitar consentimento informado antes de qualquer procedimento de anestesia ou sedação.

9. É de responsabilidade do médico anestesiológico promover a vigilância do paciente durante todo o procedimento anestésico - cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico, não estando autorizado a sair de sala até o final do procedimento. Se a saída de sala do anestesiológico responsável for necessária, ela deverá ocorrer mediante substituição por outro anestesiológico cadastrado, o qual deverá receber todas as informações referentes ao procedimento anestésico, devidamente registradas na ficha de anestesia.

10. O médico anestesiológico deve manusear os agentes psicotrópicos, respeitando todas as etapas (registro, manuseio e descarte) conforme as regras institucionais.

#### **IV. O Processo de Anestesia e Sedação.**

As etapas do Processo de anestesia e sedação, as quais devem ser rigorosamente realizadas e documentadas são:

- Avaliação pré-anestésica.
- Definição do planejamento Anestésico (Plano).
- Ciência e Consentimento Informado do paciente ou responsável para o procedimento de anestesia e sedação.
- Anestesia ou Sedação Propriamente ditos incluindo:
  - Checagem de equipamentos e acessórios.
  - Avaliação imediatamente antes da indução.
  - Monitorização.
  - Time out
  - Aplicação da técnica anestésica (geral, sedação bloqueios)
  - Recuperação anestésica.

#### **V. Regras para as etapas do Processo de Anestesia e Sedação**

##### **Avaliação Pré-Anestésica**

1. É obrigatória em todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos com ou sem intervenção que necessitem de anestesia, sedação ou acompanhamento anestésico em caráter eletivo.

2. Nas situações de urgência, quando a condição clínica permitir, o paciente (ou seu familiar) deverá ser submetido a uma anamnese breve, acompanhada de exame físico para o efetivo planejamento anestésico. Nas situações de emergência, com risco iminente de morte, as medidas clínicas de suporte de vida devem ser imediatamente iniciadas e posteriormente documentadas no prontuário do paciente.

3. A revisão do prontuário do paciente seguida de anamnese, exame físico, checagem de exames laboratoriais devem ser documentadas no impresso "Ficha de Avaliação Pré - Anestésica" (impresso 301606) sendo base para a determinação do estado físico segundo a American Society of Anesthesiologists (Tabela 1).

4. A checagem do tempo de jejum deve ser realizada em todos os procedimentos, usando como referência o ANEXO I.

5. As avaliações pré-anestésicas realizadas em consultórios têm validade de 30 dias antes

do procedimento agendado, e as informações atualizadas devem ser descritas na Ficha de Evolução Médica.

6. A definição da medicação pré-anestésica ocorre após a avaliação e deve ser administrada após o esclarecimento e consentimento do paciente ou responsável em relação à anestesia planejada

ASA 1 - Paciente hígido, sem nenhuma patologia sistêmica além da que requer a cirurgia.

ASA 2 - Paciente com alteração sistêmica leve ou moderada que pode ou não estar associada ao procedimento cirúrgico.

ASA 3 - Paciente portador de doença sistêmica grave, com limitação de atividades que pode ou não estar associada ao procedimento cirúrgico.

ASA 4 - Paciente portador de doença sistêmica incapacitante que ameaça a vida, nem sempre corrigíveis pela cirurgia.

ASA 5 - Paciente com risco iminente de morte e pequena chance de sobreviver apesar da cirurgia.

ASA 6 - Paciente declarado com morte cerebral cujos órgãos serão retirados com o fim de doação (doador de órgãos).

Observação: nas situações de emergência deve ser acrescido da letra "E" ao estado físico do paciente.

#### **Tabela 1. Classificação do estado físico segundo a American Society of Anesthesiologists.**

#### **Planejamento Anestésico (Plano).**

1. Para todo paciente submetido à avaliação pré-anestésica deverá constar na "Ficha de Avaliação Pré - Anestésica" (impresso 301606) o plano de anestesia a ser executado, levando em conta o estado físico, o procedimento cirúrgico ou diagnóstico a ser executado e o consenso com o paciente.

#### **Consentimento Informado e Esclarecido**

1. Todos os pacientes a serem submetidos a um procedimento eletivo com anestesia ou Sedação e/ou seus responsáveis serão orientados por um anestesiológico quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento anestésico e assinarão o Termo de Ciência e Consentimento Informado para Anestesia e Sedação conforme política institucional.

2. Os procedimentos eletivos com anestesia ou sedação só poderão ser realizados após o esclarecimento do paciente ou seu **responsável legal** quanto aos riscos, benefícios, alternativas e limitações e o preenchimento do Termo de Ciência e Consentimento para Anestesia e Sedação. É fundamental constar a data e horário que o termo foi assinado, (preenchido pelo paciente ou responsável legal). Na situação onde o paciente consentir e estar ciente em relação à anestesia e sedação, porém recusa assinar o Termo de Ciência e Consentimento para Anestesia e Sedação, o procedimento pode ser realizado, com anuência registrada em prontuário com duas testemunhas.

3. Em **procedimentos de emergência** é dispensada a assinatura do Termo de Ciência e Consentimento para Anestesia e Sedação (sendo que o anestesiológico deverá notificar no referido termo "EMERGÊNCIA" a data, horário e validar a assinatura com carimbo contendo o CRM e anexar ao prontuário. Na primeira oportunidade em que o médico responsável e os familiares estiverem presentes, os devidos esclarecimentos serão prestados.

#### **Checagem de Acessórios e equipamentos.**

1. A checagem de equipamentos e acessórios necessários para o manuseio de vias aéreas para a

indução e manutenção anestésica deve ser realizada antes da indução anestésica e registrada na "Ficha de Anestesia" (impresso 301326) no campo "Segurança do Paciente".

2. Na ocorrência de falhas nos equipamentos, a equipe de engenharia clínica deverá ser acionada para o efetivo suporte.

#### **Avaliação imediatamente antes da indução.**

1. A checagem da avaliação pré-anestésica e seus pontos fundamentais, assim como o plano proposto deve ser realizada imediatamente antes da indução anestésica e registradas na ficha de anestesia no campo apropriado.

2. A verificação dos dados vitais é realizada concomitante com a monitorização.

#### **Monitorização**

1. A presença do médico anestesiológico garantindo a vigilância permanente do paciente e as freqüentes alterações clínicas decorrentes da anestesia e trauma cirúrgico é OBRIGATÓRIA, o qual não deve se ausentar da sala de procedimentos.

2. Nas situações onde pacientes recebam tratamento com substâncias radioativas, a monitorização do paciente deve ser garantida remotamente.

3. Em situações de emergência que impliquem na saída temporária do anestesiológico, o mesmo deve avaliar a condição clínica do seu paciente e designar outro profissional médico para garantir a vigilância do paciente.

4. A prática de anestésias simultâneas não é permitida, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico, conforme Resolução do CFM N° 1.802/2006, caracterizando grave infração ética.

5. Todos os procedimentos de anestesia, sedação ou acompanhamento anestésico devem utilizar os recursos mínimos obrigatórios de monitorização estabelecidos pela Resolução do CFM N° 1.802/2006 que incluem:

- Eletrocardiografia contínua.
- Pressão arterial média não invasiva.
- Oximetria de pulso.

6. O uso da capnografia em anestésias gerais em pacientes intubados, em uso de máscara laríngea ou qualquer dispositivo artificial para manutenção de via aérea é obrigatório.

7. Os alarmes de segurança dos monitores multiparâmetros e do equipamento de anestesia devem estar acionados durante a cirurgia ou exame diagnóstico.

8. A utilização de recursos de monitorização adicionais é de julgamento do anestesiológico, baseado nas condições clínicas do paciente e complexidade do procedimento.

9. Os recursos de monitorização devem ser registrados na Ficha de Anestesia em campo específico para tal finalidade.

#### **Time out**

1. O anestesiológico deve participar do procedimento de TIME OUT segundo diretrizes da "Política de Identificação de Sítio Cirúrgico (lateralidade) e TIME OUT Prevenção de Cirurgia e Procedimentos Invasivos em local de intervenção errado procedimento errado ou paciente errado. (GEPM.PO.CO.006)

### Aplicação da técnica anestésica

1. Somente são permitidas para uso as medicações psicotrópicas padronizadas e dispensadas pela Farmácia do HIAE e unidades avançadas para sedação ou anestesia geral.
2. As medicações psicotrópicas são dispensadas na farmácia mediante solicitação do anestesiológico que assinará o impresso (P00C/0).
3. Nos setores do MDP onde os exames sob anestesia e sedação são realizados, os kits de psicotrópicos são dispensados pela farmácia e armazenados em armários chaveados e controlados pela enfermagem.
4. As medicações residuais, ao final da anestesia deverão ser descartadas mediante a testemunha de um profissional de enfermagem ou outro médico, que assinara o impresso próprio (P00C/0). Os cascos vazios de medicações psicotrópicas devem retornar para a farmácia. Nos setores do MDP, o processo de descarte é o mesmo e os cascos são colocados nos kits individuais e lacrados para devolução, com a assinatura do médico anestesiológico e do profissional que testemunhou o descarte no impresso.

### Recuperação pós-anestésica

1. Todo paciente, após o término do procedimento sob anestesia ou sedação deverá ser submetido a um processo de recuperação anestésica.
2. O processo de Recuperação Pós-Anestésica deve ocorrer preferencialmente na sala de recuperação anestésica, ou em sala de procedimento onde haja observação capaz de garantir a monitoração do paciente (oximetria de pulso, cardioscopia, pressão arterial não-invasiva, FC e FR), assistência médica e de enfermagem e registro em impresso de RPA (PZ400 e PZ419).
3. O médico anestesiológico deve planejar a transferência do paciente, prevendo eventuais complicações que possam ocorrer durante a mobilização.
4. O médico anestesiológico deve acompanhar o paciente que foi submetido a procedimento anestésico à sala de RPA, ou local/leito equivalente onde o mesmo será recuperado e informar a equipe de enfermagem sobre o ato anestésico, intercorrências específicas e cuidados especiais. Nos pacientes que foram submetidos a sedação ou anestesia geral, a monitorização da saturação de oxigênio deverá ocorrer durante a transferência para a PACU, acompanhada de cilindro de oxigênio para uso segundo indicação do anestesiológico.
5. A sala de RPA ou um local equivalente deve estar disponível para receber pacientes no período pós - anestésico imediato, EXCETO, por ordem específica, por escrito, do anestesiológico responsável pelo paciente, desde que o paciente preencha os quesitos de alta segundo critérios utilizados na sala de RPA. A prescrição de alta do paciente no período de RPA são de responsabilidade intransferível do médico anestesiológico.
6. Os critérios de alta da recuperação anestésica para pacientes adultos e pediátricos é baseado através do " Score para Avaliação dos Pacientes Adultos no Período Anestésico-Cirúrgico Imediato". Os scores de referência para alta da recuperação anestésica para adultos e crianças estão definidos na tabela 2.

Paciente	Valor Mínimo - Score de Alta
Adulto Ambulatorial	10 pontos*
Adulto Internado	08 pontos*
Pediátrico Ambulatorial	09 pontos*
Pediátrico Internado	06 pontos*

**Tabela 2. Score mínimo de alta para recuperação anestésica em adultos e crianças. A ocorrência de padrões de avaliação em negrito ( item 7) impossibilitam a alta da recuperação anestésica. \*Déficits Neurológicos, Motores e Auditivos prévios não contra-indicam a alta.**

7. A alta da RPA poderá ser validada pelo anesthesiologista com o Score mínimo, desde que **não haja ocorrência de padrões avaliados em negrito** :

- Saturação de oxigênio pela oximetria menor que 90%
- Variação de pressão arterial diastólica menor ou maior que 30% em relação ao valor pré-anestésico
- Náuseas e vômitos presentes
- Ausência de resposta a estímulos auditivos\*
- Incapacidade de movimentar as 4 extremidades\*

\*Déficits Neurológicos, Motores e Auditivos prévios não contra-indicam a alta.

8. Em procedimentos ambulatoriais, além da aplicação dos critérios de alta descritos no item 7, devem ser considerados que os pacientes apresentem:

- Orientação no tempo e no espaço.
- Estabilidade dos sinais vitais.
- Ausência de vômitos
- Ausência de dificuldade respiratória.
- Capacidade de ingerir líquidos.
- Capacidade de locomoção como antes, se o procedimento permitir.
- Sangramento mínimo ou ausente.
- Ausência de dor de grande intensidade.
- Dar conhecimento ao paciente e ao acompanhante, verbalmente e por escrito das instruções relativas aos cuidados pós-anestésicos, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

9. A prescrição da alta anestésica do processo de recuperação anestésica é de responsabilidade intransferível do anesthesiologista.

10. Nas unidades de terapia intensiva, a ficha de admissão médica, assinada pelo médico intensivista é o registro formal que documenta a transferência de responsabilidade de cuidados do anesthesiologista para o médico plantonista da CTI, . No CTI adulto, após a alta anestésica, a documentação da avaliação do nível de sedação estará anotada no prontuário (Evolução Médica) sendo recomendada a escala de sedação-agitação (SAS).

11. É de responsabilidade do anesthesiologista realizar as transferências internas de pacientes graves, em ventilação mecânica, respeitando as normas de segurança (checagem prévia de equipamentos, gases, materiais, drogas e profissionais necessários). O médico anesthesiologista deve registrar o transporte em prontuário mencionando presença ou ausência de intercorrências e alterações nas condições do paciente.

12. A ausência do anesthesiologista nas transferências internas e/ou externas de pacientes graves, em ventilação mecânica, só será permitida quando houver um médico intensivista (CTI) ou emergencista (UPA), o qual será responsável pelo transporte.

## **VI. Unidades e Serviços onde são realizados procedimentos com anestesia e sedação no HIAE**

1. Centros Cirúrgicos.
2. Centro Obstétrico.



3. Colonoscopia.
4. Consultórios Odontológicos.\*\*
5. Centros de Terapia Intensiva (adulto, pediátrico e neonatal)
6. Dermatologia
7. Ecocardiografia.
8. Endoscopia
9. Excimer Laser
10. Hemodinâmica
11. Labor Delivery Room (LDR).
12. Litotripsia
13. Neurofisiologia Clínica.
14. Radiologia Vascular
15. Radioterapia
16. Ressonância Magnética
17. Tomografia
18. Ultra sonografia
19. Unidades Alphaville
20. Unidade Ibirapuera
21. Unidade de Primeiro Atendimento (UPA).
22. Ambulatório multiprofissional (coleta de líquido e mielograma)

\*\* No HIAE o único procedimento de sedação permitido no consultório odontológico é a sedação com **Óxido Nitroso**, desde que haja um anestesiológico acompanhando o processo. Nos demais consultórios, serão permitidos somente o uso de anestesia local (injetável e tópica) para a qual o médico deverá reconhecer e estar apto a atender eventuais intercorrências por reação ao anestésico local.

#### **VII. Estrutura necessária.**

1. Estão autorizados para a prática anestésica na SBIBAE somente os equipamentos verificados e validados pela Engenharia Clínica.
2. Os equipamentos de anestesia e monitores são checados pela Engenharia Clínica e registrados em formulários específicos. Informações sobre as manutenções preventivas periódicas e calibrações são registradas no sistema informatizado (SAP) com disponibilidade de consulta para os gestores de cada área.
3. Os acessórios necessários para a prática anestésica são checados pela enfermagem diariamente (link- BLCG.BI.FO.042 e A.ENDO.BI.FO.007).
4. As unidades onde são realizados procedimentos com anestesia e sedação deverão apresentar equipamento de reanimação cardiorespiratória disponível, com desfibrilador, fonte de oxigênio e aspirador.
5. As condições de monitorização mínima obrigatória estabelecidas nessa política devem ser rigorosamente respeitadas.

#### **VIII. Responsabilidades e Autoridades**

1. A Diretoria Clínica e o Serviço de Anestesiologia do MDP são responsáveis por determinar regras para a realização de procedimentos com anestesia e sedação na SBIBAE assim como estabelecer protocolos de conduta e as qualificações necessárias para a prática do anestesiológico, visando garantir a segurança do paciente.

#### **IX. Qualificação dos Profissionais**

1. Para atuar no HIAE, o anestesiológico deve ser obrigatoriamente cadastrado uma vez que no processo de cadastramento está definido o escopo de qualificação necessário para prestar assistência no HIAE.

2. Todos os médicos anesthesiologistas contratados devem estar alinhados às metas estabelecidas pelo Serviço de Anestesiologia da Divisão de Medicina Diagnóstica e Preventiva participando das reuniões científicas e treinamentos propostos. Os parâmetros de pontuação do programa "Educação Médico Continuada" estabelecidos pelo Instituto de Ensino e Pesquisa e Diretoria Clínica do HIAE devem ser respeitados.

3. Os anesthesiologistas contratados devem ser treinados para o atendimento a urgências e emergências segundo diretrizes da "Política de Qualificação para o atendimento de urgências e emergências"

#### **X . Indicadores da Qualidade**

O HIAE dispõe de indicadores de qualidade para o monitoramento da assistência anestésica na organização. É responsabilidade do Serviço de Anestesiologia da Divisão de Medicina Diagnóstica e Preventiva e da Divisão de Prática Médica a análise dos resultados e proposta de melhorias. A coleta dos dados é descentralizada (centro cirúrgico) e os indicadores são validados e disponibilizados pelo Serviço de Epidemiologia e Informação em Saúde (SEIS).

#### **XI. Legislações, Regulamentos e Referências.**



- Resolução do Conselho Federal de Medicina No. 1802/2006 - Avaliação Pré, durante e pós, anestesia; vigilância constante do anestesista (em sala), necessidades de monitoração e equipamentos.
- Norma sobre Edificações em Salas de Operação - RDC/ANVISA No. 50/2002
- American Society of Anesthesiologists - [www.asahq.org](http://www.asahq.org).
- Sociedade Brasileira de Anestesiologia - [www.sba.com.br](http://www.sba.com.br).
- Resolução do Conselho Federal de Medicina No.1.670/03 - Sedação Profunda
- Resolução SS-169 de 19/06/96 - procedimentos ambulatoriais
- Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing
- Elective Procedures - A Report by the American Society of Anesthesiologists developed by the Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk on Pulmonary Aspiration.
- Manual for Anesthesia Department Organization and Management-2005/2006-American Society of Anesthesiologists

#### **Registro**

Todos os procedimentos descritos acima deverão ser registrados no prontuário do paciente em fichas específicas para anestesia e sedação. Os documentos institucionais para tais registros são denominados: Avaliação Pré-Anestésica, Prescrição Médica, Registro do Pré e Trans Operatório, Ficha de Anestesia (Mapa de Monitoração), Recuperação Pós-Anestésica. Nos procedimentos realizados em CTI e UPA substitui-se a Ficha de Anestesia (mapa de monitoração) pela ficha de Anotações e Controles utilizadas nas respectivas unidades.

#### **Anexos**



301606 Pré-Anestésica.pdf  Protocolo de jejum pré anestésico  ficha de anestesia

#### **Links**



BLCG.BI.FO.042	CHECK LIST SALA DE CIRURGIA - ANESTESIA
AENDO.BI.FO.007	Planilha de controle mensal dos materiais/equipamentos de anestesia
HOSD.BI.GE.004	Orientação de Alta ao Paciente Submetido a Procedimentos com Anestesia ou Sedação
DPACI.PO.CO.003	Sedação por Médicos Não Anestesiastas no HIAE
ACEEX.BI.FO.001	Macro Fluxo

#### Dados do Documento

<b>Código</b>	DPACI.PO.CO.001	<b>Versão</b>	7
<b>Autor</b>	Antonio Silva B. Neto	<b>Status</b>	Ativo
<b>Digitador</b>	Sandra Denise Kuhl	<b>Criado em</b>	24/02/2003
<b>Revisor</b>	Antonio Silva B. Neto	<b>Revisado em</b>	13/03/2009
<b>ISO</b>		<b>Joint Comission</b>	GERAL

#### Descrição Resumida da Revisão

**Revisão e atualização da política realizada por Antonio Silva B Neto, coordenador da anestesia. Excluídos todos os itens operacionais e transferidos para o Procedimento Anestesia e Sedação. Transferido revisão para Constantino José Fernandes Jr, Médico Coordenador Prática Médica**  
**versão 6: inclusão do procedimento de acompanhamento anestésico na política; atualização da referência da resolução do CFM 1802/2006 que revoga a resolução 1363/93. Obrigatoriedade do uso de capnografia em pacientes com máscara laríngea, cânula traqueal ou qualquer dispositivo artificial na via aérea.**

**Inclusão do procedimento de time out; Atualização dos novos scores de alta da recuperação anestésica; anexos de arquivos de formulários linkados com Manual do Prontuário. Protocolo de jejum em formato de banco de imagens.**

.

**Aprovado por Miguel Cendoroglo Neto em 13/03/2009.**

**Última Validação em 13/03/2009.**