

Preencher quando não houver etiqueta

 Nome: _____
 RG: _____ Idade: _____
 Convênio: _____
 Data: _____ RA: _____

Data da Avaliação ____/____/____ Hora: ____:____

Enfermeiro (Carimbo e Assinatura)

Cirurgia de Risco Alto

-
- Artroplastia de quadril
-
-
- Artroplastia de joelho
-
-
- Artrodese de coluna
-
-
- Fratura de quadril
-
-
- Oncológica
-
-
- Trauma raquimedular
-
-
- Politrauma

 RISCO ALTO
 Associar profilaxia mecânica à medicamentosa

Cirurgia de porte médio ou alto ou Duração ≥ 60 minutos

> 60 anos 40 - 60 anos < 40 anos

Fatores de risco* p/ TEV?

 NÃO
 RISCO INTERMEDIÁRIO

Fatores de risco* p/ TEV?

 SIM
 RISCO BAIXO
Cirurgia de pequeno porte (duração < 45 min e internação < 2 dias)

-
- Endoscópica
- ¹
-
-
- Laparoscópica
-
-
- Superficial (mama, dermatológica, plástica)
-
-
- Oftalmológica
-
-
- Outra _____

 Deambulação precoce e fisioterapia
 Profilaxia medicamentosa não indicada

Comunicar o médico se indicação mecânica ou medicamentosa

 Médico: _____

 Data ____/____/____
 Hora: ____:____

ENFERMEIRO
MARCAR FATORES DE RISCO PARA TEV PRESENTES

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Câncer | <input type="checkbox"/> Insulf. Arterial Periférica | <input type="checkbox"/> Varizes / Insulf. Venosa |
| <input type="checkbox"/> Acesso Venoso Profundo | <input type="checkbox"/> Internação em UTI | <input type="checkbox"/> Infecção |
| <input type="checkbox"/> D. Inflamat. Ativa | <input type="checkbox"/> Obesidade (IMC ≥ 30kg/m ²) | <input type="checkbox"/> Trombofilias |
| <input type="checkbox"/> Doença Resp. Grave | <input type="checkbox"/> Paresia ou Paralisia de MMII | <input type="checkbox"/> História Prévia de TEV |
| <input type="checkbox"/> Doença Reumática Ativa | <input type="checkbox"/> Químio / Hormonioterapia | <input type="checkbox"/> Síndrome Nefrótica Ativa |
| <input type="checkbox"/> Gravidez / Puerpério | <input type="checkbox"/> Reprod. Hormonal/Contraceptivos | <input type="checkbox"/> ICC Classe III ou IV |

CONTRA-INDICAÇÃO IMPEDE PROFILAXIA MEDICAMENTOSA?

-
- Sangramento Ativo
-
-
- Úlcera Péptica Ativa
-
-
- HAS Não Controlada (>180 x 110 mmHg)
-
-
- Coagulopatia (Plaquetopenia ou INR > 1,5)
-
-
- Alergia ou Plaquetopenia por Heparina
-
-
- Insuficiência Renal (Clearance Cr < 30ml/min)
-
-
- Coleta de LCR < 24h
-
-
- Raquianestesia < 12h
-
-
- Paciente em uso de Anticoagulante

 NÃO
PROFILAXIA MECÂNICA INDICADA

(Indicada se houver contra-indicação aos anticoagulantes ou associados a estes em pacientes de risco alto)

 SIM →

-
- Meias Elásticas de Compressão Gradual
-
-
- Compressão Pneumática Intermitente
-
-
- Fisioterapia motora para membros inferiores.

Profilaxia Medicamentosa Recomendada

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| Medicação ² | Risco Alto | Intermediário |
| <input type="checkbox"/> HNF | <input type="checkbox"/> 5.000 UI 3X/d | <input type="checkbox"/> 5.000 UI 2X/d |
| <input type="checkbox"/> Enoxaparina* | <input type="checkbox"/> 40mg 1X/d | <input type="checkbox"/> 20mg 1X/d |

*Ver procedimento de segurança para uso de Enoxaparina

Tempo de profilaxia recomendado

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| ATQ e Fratura de Quadril | 4 a 5 Semanas |
| ATJ | Pelo Menos 10 Dias |
| Oncologia ³ | 3 a 4 Semanas |
| Politrauma e TRM | Até Recuperação |
| Demais | 7 a 10 Dias |

MÉDICO

Em caso de complicações da profilaxia registre em prontuário

- 1 - Inclui ressecção prostática transuretral
 2 - Em cirurgia bariátrica, considerar doses maiores. Enoxaparina 40mg 2x/D ou HNF 7.500 UI 3x/D
 3 - Estudos principalmente em cirurgia abdominal e pélvica, potencialmente curativa.

Justificativa médica em caso de não adesão ao protocolo proposto:

Médico (Assinatura e Carimbo)