

# CDI E CARDIOLOGIA NÃO INVASIVA

MANUAL PARA ORIENTAÇÃO  
DOS PROFISSIONAIS



SERVIÇOS  
MÉDICOS  
DE ANESTESIA

Atualizado em: 01.10.2024



# INFORMAÇÕES GERAIS



Centro de  
diagnóstico por  
imagem – CDI  
HAOC

## LOCALIZAÇÃO DO SETOR



CDI 2º subsolo –  
bloco A



## NECESSIDADE DO SETOR

Segunda a sábado: 07h às 21h

Domingo: 07h às 19h

Na ausência de exames agendados, ocorrerá  
ajuda nos outros setores

# INFORMAÇÕES GERAIS



Centro de  
diagnóstico por  
imagem – CDI  
HAOC

## INFRAESTRUTURA:

- 3 salas de RNM
- 2 salas de tomografia
- 1 sala de intervenção (biópsias guiadas por USG)

## SEGURANÇA DO COLABORADOR:

- Atenção aos metais pessoais (ex: chaves, relógios, moedas...)  
Exames com apneia (necessário a permanência do anestesista dentro da sala): utilizar ear plugs ou abafadores.

## AGENDA DO DIA

- Verificar com a enfermeira do setor a agenda do dia



SERVIÇOS  
MÉDICOS  
DE ANESTESIA

# RECOMENDAÇÕES GERAIS

Centro de diagnóstico por  
imagem – CDI  
HAOC

## >>> PACIENTES CLAUSTROFÓBICOS

- Anestesia geral

## >>> EXAMES DE CURTA DURAÇÃO

- Exames de curta duração com necessidade apenas de controle algico, pode ser considerada apenas analgesia

## >>> PACIENTES NA UTI

- Pacientes na UTI, com nível de criticidade 4 ou 5 = discutir com médico intensivista os riscos e benefícios do transporte

## >>> RNM DE PESCOÇO (PARTES MOLES)

- Pode ocorrer distorção com a máscara laríngea

## >>> RNM DE CORAÇÃO, ABDOME OU PELVE

- Exame com apneia

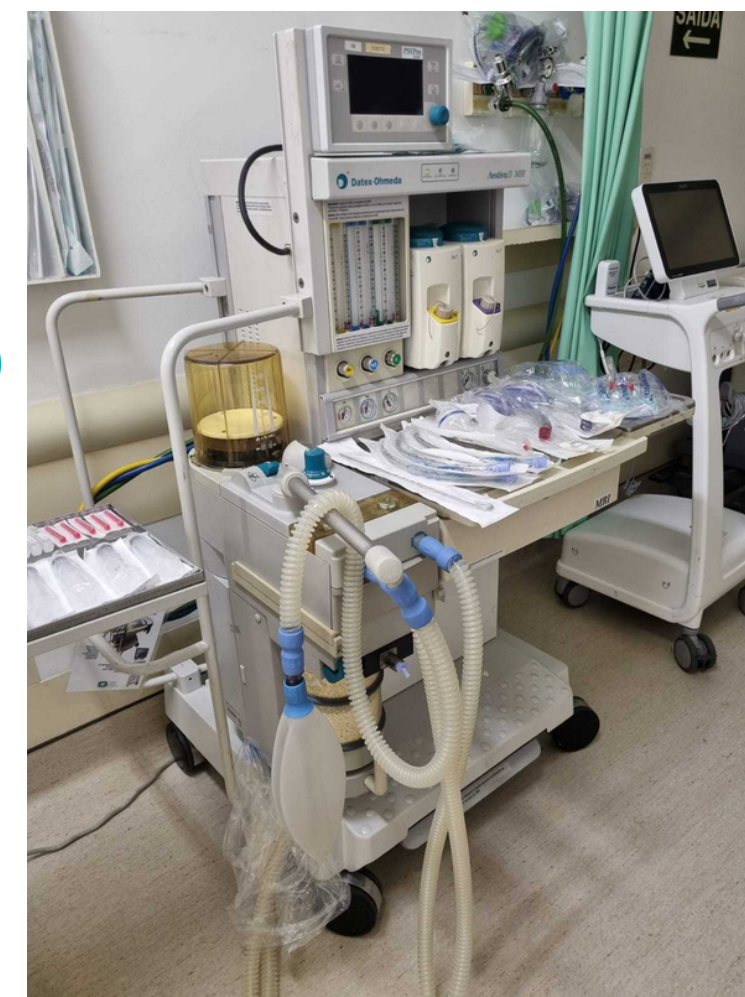


SERVIÇOS  
MÉDICOS  
DE ANESTESIA

# PRÉ PROCEDIMENTO

Centro de diagnóstico por  
imagem – CDI  
HAOC

- Garantir que a sala esteja pronta antes de trazer o paciente:
- Checar disponibilidade dos materiais que serão utilizados
- Checar carrinho de anestesia
- Atenção para o nível de baterias de monitores
- Se necessário discutir caso com coordenador do dia e pedir ajuda



## An illustration of a closed orange book with a yellow label on the front cover. A blue bookmark is visible between the pages. The book is set against a teal background.



| <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div> <p style="margin: 0;"><b>Ficha de Anestesia</b></p> <p style="margin: 0;"><b>OSWALDO CRUZ</b></p> <p style="margin: 0; font-size: small;">HOSPITAL ALAMEDA</p> </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>PROCEDIMENTO CIRÚRGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |
| Data:      /      /      Hora:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Cirurgia Proposta:                                                                                                                 |      |
| Cirurgião Dr.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Cirurgião Dr.                                                                                                                      |      |
| <b>AValiação Pré-Anestésica</b>                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Data:      /      /      Hora:                                                                                                     |      |
| <b>HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |
| <b>Sist. Circulatório -</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div> <input type="checkbox"/> HAS      <input type="checkbox"/> IAM      <input type="checkbox"/> STENT      <input type="checkbox"/> REVASC. MIÓC.<br/> <input type="checkbox"/> ARRITMIA      <input type="checkbox"/> ICC      <input type="checkbox"/> Gx      <input type="checkbox"/> HxP           </div> </div> | <b>Dados Vitais</b><br>PA      mm Hg<br>P      /mmHg<br>T      °C<br>FR      /min<br>SpO2      %<br>Peso      Kg<br>Altura      cm |      |
| <b>Sist. Respiratório -</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div> <input type="checkbox"/> DPOC      <input type="checkbox"/> APNEIA SONO      <input type="checkbox"/> BRONQUITE      <input type="checkbox"/> ASMA           </div> </div>                                                                                                                                         | <b>Dados Laboratoriais</b><br>Hb      g/dL<br>Ht      %<br>DR      %<br>PTAP      mmHg<br>Plaq                                     |      |
| <b>Sist. Digestório -</b>                                                                                                                                                                                                                                     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div> <input type="checkbox"/> GASTRITE      <input type="checkbox"/> D. REFLUXO      <input type="checkbox"/> DESTRUTÃO      <input type="checkbox"/> COLELITOPATIA           </div> </div>                                                                                                                             | TTP                                                                                                                                |      |
| <b>Sist. Gêrito - Urinário -</b>                                                                                                                                                                                                                              | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div> <input type="checkbox"/> CALCULOSE      <input type="checkbox"/> DIST. RENAL      <input type="checkbox"/> INSUF. RENAL           </div> </div>                                                                                                                                                                    | TC                                                                                                                                 |      |
| <b>Sist. Neuromusculo - Esquelético</b>                                                                                                                                                                                                                       | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div> <input type="checkbox"/> MASTENIA GRAVIS      <input type="checkbox"/> HEPATOTERMIA           </div> </div>                                                                                                                                                                                                        | TTS                                                                                                                                |      |
| <b>Sist. Nervoso Central -</b>                                                                                                                                                                                                                                | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div> <input type="checkbox"/> AVC      <input type="checkbox"/> CONVULSÃO      <input type="checkbox"/> TCE      <input type="checkbox"/> HEMATOMA           </div> </div>                                                                                                                                              | TC                                                                                                                                 |      |
| <b>Sist. Endócrino -</b>                                                                                                                                                                                                                                      | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div> <input type="checkbox"/> DM      <input type="checkbox"/> PÂN. TROFICO (EIPHOPIER)      <input type="checkbox"/> OBESIDADE      <input type="checkbox"/> DIABETIMEDIA           </div> </div>                                                                                                                      | Glic                                                                                                                               |      |
| <b>Sist. Otorrin. Auditivo -</b>                                                                                                                                                                                                                              | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div> <input type="checkbox"/> SINCROMIA           </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                         | K                                                                                                                                  |      |
| <b>Sist. Hematopoiético -</b>                                                                                                                                                                                                                                 | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div> <input type="checkbox"/> USO ANTICOAGULANTES           </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                               | Ca                                                                                                                                 |      |
| <b>Doença Infecto - Contagiosa</b>                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> HEPATITE <input type="checkbox"/>                                                                         |      |
| <b>Neoplasia -</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                           |      |
| <b>Pele e Anexos -</b>                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> LESÕES DE PELE                                                                                            |      |
| <b>Alergias:</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Desconheço: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> LATEX                                   |      |
| Hábitos: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Etílico <input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |
| Frequência:                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |
| Medicamentos em Uso: <input type="checkbox"/> NEGA                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |
| Antecedentes Anestésicos (pessoais e familiares)                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |
| Medicção Pré-Anestésica                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |
| Data                                                                                                                                                                                                                                                          | Medicção e dose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Via                                                                                                                                | Hora |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |
| <b>Dados Complementares</b>                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |
| ASA: P1 - P2 - P3 - P4 - P5 - P6 - E<br>Anestesiologia:                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |
| (Nome Legível / CRM / Assinatura)                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |      |

[illegible]

**Vantagens:** Previsibilidade dos riscos, adequação do jejum, alinhar com o médico do paciente a indicação do exame

Atualizado em: 01.10.2024

# SUSPENSÃO DE MEDICAMENTOS CONFORME PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Centro de diagnóstico por  
imagem – CDI  
HAOC



## >>> ANÁLOGOS DO GLP-1

### SUSPENDER POR 21 DIAS

- DULAGLUTIDA® (Ex: Trulicity®)
- SEMAGLUTIDA® (Ex: Ozempic® e Rybelsus®)

### SUSPENDER POR 3 DIAS

- LIRAGLUTIDA® (Ex: Saxenda®, Victoza®, Xultophy®)



**Diante de pacientes com suspensão  
inadequada de medicamentos,  
comunique o coordenador da anestesia  
do dia e converse com o cirurgião para  
alinhar a melhor conduta!**

**RAMAL: 4009**



SERVIÇOS  
MÉDICOS  
DE ANESTESIA

# NO MOMENTO DO PROCEDIMENTO

Centro de diagnóstico por imagem – CDI  
HAOC

## PSICOBBOX

➤ Será disponibilizado pela enfermeira do setor

➤ Não esquecer da ficha de cobrança



Nome Paciente:  
Código:  
SAME:  
COLAR ETIQUETA

A identificação das seringas durante o procedimento é obrigatória.  
UTILIZE AS ETIQUETAS PADRONIZADAS.

| COMPOSIÇÃO PADRÃO – SEDAÇÃO SETORES |                                      |                 |                  |       |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|------------------|-------|
| Cód.                                | Descrição                            | Quant. Recebida | Volume Utilizado | Obs.: |
| 85620                               | FENTanila (50mcg/ml)<br>Amp 2ml      | 01 amp.         |                  |       |
| 1313                                | MIDAzolam (1mg/ml)<br>Amp 5ml        | 01 amp.         |                  |       |
| 76440                               | Propofol 1% (10mg/ml)<br>Ampola 20ml | 02 amp.         |                  |       |
| Outros                              |                                      |                 |                  |       |
|                                     |                                      |                 |                  |       |
|                                     |                                      |                 |                  |       |

Data: \_\_/\_\_/\_\_

NOME DO MÉDICO

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

ENFERMAGEM

Testemunha de descarte e check cobrança em conta:

Checado por: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Ass. Enfermagem/ Carimbo

# NO MOMENTO DO PROCEDIMENTO

Centro de diagnóstico por  
imagem – CDI  
HAOC



SERVIÇOS  
MÉDICOS  
DE ANESTESIA

Atualizado em: 01.10.2024

## DEMAIS MEDICAMENTOS

- Kit alergia: contém materiais e medicamentos em caso de alergia ao contraste

- Agulhas
- Seringas
- Máscara adulto não reinalante
- Decadron 10 mg
- Fenérgan 50mg
- Aminofilina 24 mg
- Allegra 180 mg Cp
- Allegra 120 mg Cp
- Hidrocortisona 500 mg
- Hidrocortisona 100 mg
- Difenidramina 1ml

- Há outros medicamentos disponíveis no setor (remifentanila, naloxona, flumazenil, morfina, sulfentanila, tramadol, Diazepam, cetamina, dexmedetominida)
- Caso seja necessário medicamentos não padronizados, solicitar para a equipe de enfermagem

### Não esquecer!

- Há etiquetas de identificação das seringas disponíveis para uso
- O descarte de medicamentos ou perfurocortantes que tiveram contato com medicamentos devem ser feitos na caixa laranja – resíduo químico

# NO MOMENTO DO PROCEDIMENTO

Centro de diagnóstico por  
imagem – CDI  
HAOC

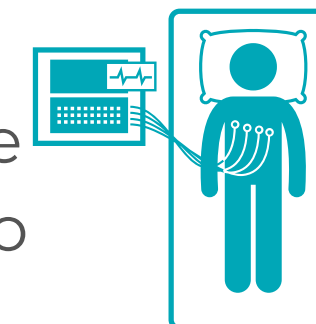
Atualizado em: 01.10.2024

## CUIDADOS COM O PACIENTE

- Proteção ocular: Não utilizar gel lubrificante



- Cuidados com a pele: Evitar contato pele a pele; proteger os fios de ECG; atenção aos pontos de pressão; lembrar de pontos de pressão - calcâneos livres e cotovelos com apoio



- Há material de VAD disponível no setor (McGraph) – solicitar a enfermagem se necessário



- Em caso de alguma mudança nos parâmetros do paciente, se não for urgente, esperar sequência terminar para entrar na sala - Não esquecer de comunicar-se com biomédico

- Considerar antiemético



SERVIÇOS  
MÉDICOS  
DE ANESTESIA

## SUGESTÕES PARA IOT

- ▶ Exames de longa duração
- ▶ Múltiplos exames com movimentação na maca

## NO MOMENTO DO PROCEDIMENTO



Centro de diagnóstico por  
imagem – CDI  
HAOC

# APÓS O PROCEDIMENTO

► Encaminhar o paciente ao repouso/RPA

## ►►► TRANSPORTE DE PACIENTES À UTI

► Não esquecer da bolsa de transporte

## ►►► INTERCORRÊNCIAS



Caso ocorra alguma intercorrência com o paciente durante o procedimento, avaliar a necessidade de acionar o código amarelo para seguimento do atendimento e definição de conduta.

Centro de diagnóstico por  
imagem – CDI  
HAOC

# INFORMAÇÕES GERAIS

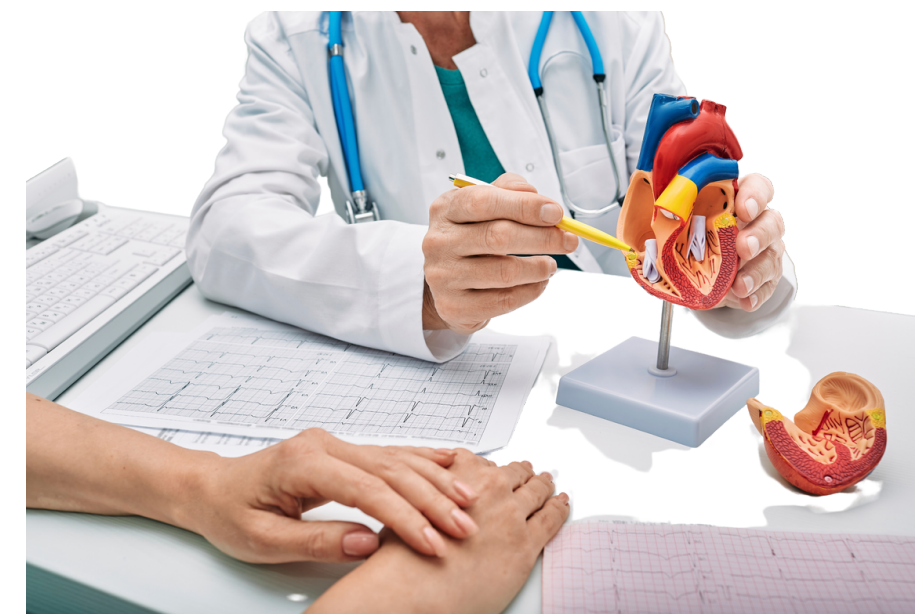
Cardiologia não  
invasiva  
HAOC



## LOCALIZAÇÃO DO SETOR



Cardiologia não invasiva:  
1º subsolo – bloco B



## NECESSIDADE DO SETOR

Cardiologia não invasiva:  
Segunda a sexta: 07 às 13h.  
Na ausência de exames agendados, ocorrerá  
ajuda nos outros setores

# INFORMAÇÕES GERAIS



Cardiologia não  
invasiva  
HAOC

## INFRAESTRUTURA:

- 1 sala

## PROCEDIMENTO REALIZADO COM ANESTESIA:

- Ecotransesofágico

## AGENDA DO DIA

- Verificar com a enfermeira a agenda do dia



SERVIÇOS  
MÉDICOS  
DE ANESTESIA

# DOCUMENTAÇÃO ANESTÉSICA



Tanto a APA quanto a Ficha anestésica intraoperatória são realizadas em impresso próprio.

APA

Ficha de Anestesia

OSWALDO CRUZ HOSPITAL ALBERTO

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Data: / / Hora:

Cirurgia Proposta:

Cirurgião Dr.

AValiação Pré-Anestésica

Data: / / Hora:

HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Sist. Circulatório - ☐ HAS ☐ IAM ☐ STEMI ☐ REVASC. MOD. ☐ ANITIMA ☐ IAM ☐ IAM

Sist. Respiratório - ☐ DPOC ☐ APNEIA SOND. ☐ BRONQUITE ☐ ADAMA

Sist. Digestório - ☐ GASTRITE ☐ D. REFLUXO ☐ DISTURBIO ☐ COLECISTOPATIA

Sist. Genito - Urinário - ☐ CALCULOSE ☐ DISF. RENAL ☐ PROST. RENAL

Sist. Neuromuscular - ☐ MASTENIA GRAVIS ☐ HIPERTERMIA

Sist. Nervoso Central - ☐ AVC ☐ CONVULSAO ☐ TCE ☐ HEMATOMA

Sist. Endócrino - ☐ DM ☐ PAI. TIPO 2 DIABETES ☐ OBESIDADE ☐ DISLIPIDEMIA

Sist. Ocular/Auditivo - ☐ GLAUCOMA

Sist. Hematológico - ☐ USO ANTICOAGULANTES

Doença Infecto-Contagiosa - ☐ HEPATITE

Neoplasia - ☐ LESÃO DE PELE

Alergias: ☐ Desconhece ☐ Sim ☐ LATEX

Hábitos: ☐ Nenhum ☐ Tabagismo ☐ Etílico ☐ Outros:

Frequência: ☐ NEGA

Medicações em Uso: ☐ NEGA

Antecedentes Anestésicos (pessoais e familiares)

Medicação Pré-Anestésica

| Data | Medicação e dose | Via | Hora |
|------|------------------|-----|------|
|      |                  |     |      |
|      |                  |     |      |
|      |                  |     |      |

Dados Complementares

VIA AÉREA

Abert. Boca: ☐ Normal ☐ Distendida

Mandib.: ☐ Normal ☐ Prog. ☐ Retrog.

Malocclusão: ☐ I ☐ II ☐ III

Mod. Adenoideop.: ☐ Normal ☐ Distendida

Dist. Tirocorm.: ☐ Normal ☐ 6,5 cm

Prót. Dent.: ☐ Sim ☐ Não ☐ Fixa

Jejum desde: Sólidos - ☐ Líquidos - ☐

Risco de broncoaspiração ☐ Risco trauma dentário ☐

Anestesia proposta

ASA: P1 - P2 - P3 - P4 - P5 - P6 - E

Anestesiologista:

(Nome Legível / CRM / Assinatura)

Cód. 473175

INTRA

FICHA DE ANESTESIA - INTRA-OPERATÓRIO

Data: / / Anestesiologista Dr.

Cirurgião Dr.

Int. Cirúrgica:

Hora:

SPD:

P<sub>1</sub>-CO<sub>2</sub>:

T<sub>1</sub>C:

P<sub>1</sub>V<sub>1</sub>C:

BIS:

Curse:

ANÁLISE PRE-OPERATÓRIA

PA: mm Hg

P: /min

T: °C

FR: /min

Dor: Kg

Peso: Kg

Altura: m

Dados Laboratoriais

Hb:

Plt:

Pla:

TP:

TTTPA:

TS:

TC:

Glic:

K:

Ca:

Ureia:

Creat:

Tipagem Sang: ☐ S ☐ N

Coágulo:

Ar:

Save / Soft / Dead

Não Indica:

Antibiótico:

Antibiótico:

Propofol (mg):

Propofol PPS (N):

Midazolam (mg):

Pentam / Sulfentam (mg):

Remifentanyl (mg):

Lidocaina / Ropivacaina (mg):

Oxatropínio / Acurônio (mg):

Sugamadex (mg):

Início Anestesia:

Início Cirurgia:

Término Cirurgia:

Término Anestesia:

- Ringer Lact.

Reposição Volêmica:

Cardiologia não invasiva  
HAOC



Não esquecer da ficha de  
devolução e cobrança

OSWALDO CRUZ

Nome Paciente:  
Código:  
SAME:  
COLAR ETIQUETA

A identificação das seringas durante o procedimento é obrigatória.  
UTILIZE AS ETIQUETAS PADRONIZADAS.

COMPOSIÇÃO PADRÃO – SEDAÇÃO SETORES

| Cód.   | Descrição                            | Quant. Recebida | Volume Utilizado | Obs.: |
|--------|--------------------------------------|-----------------|------------------|-------|
| 85620  | FENTanila (50mcg/ml)<br>Amp 2ml      | 01 amp.         |                  |       |
| 1313   | MIDAzolam (1mg/ml)<br>Amp 5ml        | 01 amp.         |                  |       |
| 76440  | Propofol 1% (10mg/ml)<br>Ampola 20ml | 02 amp.         |                  |       |
| Outros |                                      |                 |                  |       |
|        |                                      |                 |                  |       |
|        |                                      |                 |                  |       |

Data: \_\_/\_\_/\_\_

NOME DO MÉDICO

CRM: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

ENFERMAGEM

Testemunha de descarte e check cobrança em conta:

Checado por: \_\_\_\_\_  
Ass. Enfermagem/ Carimbo

Data: \_\_\_\_\_

Cardiologia não  
invasiva  
HAOC

# APÓS O PROCEDIMENTO

Cardiologia não invasiva  
HAOC

➤ Encaminhar o paciente ao repouso/RPA

## ➤➤➤ TRANSPORTE DE PACIENTES À UTI

➤ Não esquecer da bolsa de transporte

## ➤➤➤ INTERCORRÊNCIAS



Caso ocorra alguma intercorrência com o paciente durante o procedimento, avaliar a necessidade de acionar o código amarelo para seguimento do atendimento e definição de conduta.



SERVIÇOS  
MÉDICOS  
DE ANESTESIA

# CONTATOS

Centro de diagnóstico por  
imagem – CDI  
e Cardiologia não invasiva



## EM CASO DE DÚVIDAS

### >>> COORDENADORES DA ANESTESIA



Dr. Leonardo Teixeira Domingues  
Duarte - (11) 98111-4849



Dr. Guilherme Moura - (11) 98443-9919

### >>> ANALISTA DA QUALIDADE SMA



Isabella Amato - (11) 96622-1411



SERVIÇOS  
MÉDICOS  
DE ANESTESIA