

*Se paciente eletivo cirúrgico, o TEV será preenchido após cirurgia. Aplicação imediatamente após retornar do Centro Cirúrgico.

ETIQUETA

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

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

Enfermeiro: _____

Assinatura e Carimbo

Cirurgia de risco alto

- ☐ Artroplastia de quadril
- ☐ Artroplastia de joelho
- ☐ Artrodese de coluna
- ☐ Fratura de quadril
- ☐ Oncológica
- ☐ Trauma raquimedular
- ☐ Politrauma
- ☐ Plástica
- ☐ Varizes
- ☐ Neuro
- ☐ Angioplastia
- ☐ Cirurgia Cardíaca
- ☐ Outros _____

☐ RISCO ALTO

Associar profilaxia mecânica ou medicamentosa

Cirurgia de porte médio ou alto ou
Duração ≥ 60 minutos

>60 anos

40 - 60 anos

<40 anos

Fatores de
risco*
Para TEV?

Sim ☐

Não ☐

☐ Risco
Intermediário

Fatores de
risco*
Para TEV?

Sim ☐

Não ☐

☐ Risco Baixo

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

- ☐ Urologia
- ☐ Laparoscopia
- ☐ Superficial (dermatológica)
- ☐ Oftalmológica
- ☐ DVE
- ☐ Outros _____

ENFERMEIRO

Deambulação precoce e
fisioterapia
Profilaxia Medicamentosa
não indicada

Comunicar o médico se indicação de
profilaxia mecânica ou medicamentosa

Médico: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Marcar fatores de risco para TEV presentes

- ☐ Câncer
- ☐ Acesso Venoso Profundo
- ☐ D. inflamatória intestinal ativa
- ☐ Doença respiratória grave
- ☐ Doença reumática ativa
- ☐ Gravidez/ puerpério

- ☐ Insuficiência arterial periférica
- ☐ Internação em UTI
- ☐ Obesidade (IMC ≥ 30kg/m²)
- ☐ Paresia ou paralisia de MMII
- ☐ Químico / Hormonioterapia
- ☐ Reposição hormonal/ Contraceptivos

- ☐ Varizes/ Insuficiência Venosa
- ☐ Infecção
- ☐ Trombofilias
- ☐ História prévia de TEV
- ☐ Síndrome nefrótica ativa
- ☐ ICC classe III ou IV

Contra-indicação impede profilaxia medicamentosa?

- ☐ Sangramento
- ☐ 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 < 30 mL/min)
- ☐ Coleta de LCR < 24h
- ☐ Raquianestesia < 12h
- ☐ Paciente em uso de anticoagulante

Sim ☐

Não ☐

Profilaxia mecânica indicada

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

- ☐ Meias Elásticas de Compressão Gradual
- ☐ Compressão Pneumática Intermitente
- ☐ Fisioterapia motora para membros inferiores
- ☐ Outros: _____

MÉDICO

Profilaxia medicamentosa recomendada

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Medicação | Risco alto | Intermediário |
| ☐ Enoxaparina | ☐ 40 mg 1x/d | ☐ 20 mg 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 a 4 semanas |
| Politrauma e TRM | Até recuperação |
| Demais | 7 a 10 dias |

Em caso de complicações da profilaxia registre em prontuário

- Inclui ressecção prostática transuretral
- Em cirurgia bariátrica, considerar doses maiores:
Enoxaparina 40mg 2x/dia, IMC menor ou igual 50 Kg/m² ou 60mg 12/12h para IMC > 50kg/m² manter até a mobilidade plena.
- Estudos principalmente em cirurgia abdominal e pélvica, potencialmente curativa.

Justificativa médica em caso de não adesão ao protocolo proposto:

Médico (Assinatura e Carimbo)

Ficha de Seguimento – Protocolo de Prevenção de TEV

Reavaliar a cada 48 horas

Profilaxia

- ☐
- Mantida
-
- ☐
- Modificada

☐ Suspensa – Motivo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Médico

Profilaxia

- ☐
- Mantida
-
- ☐
- Modificada

☐ Suspensa – Motivo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Médico

Profilaxia

- ☐
- Mantida
-
- ☐
- Modificada

☐ Suspensa – Motivo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Médico

Profilaxia

- ☐
- Mantida
-
- ☐
- Modificada

☐ Suspensa – Motivo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Médico

Profilaxia

- ☐
- Mantida
-
- ☐
- Modificada

☐ Suspensa – Motivo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Médico

Profilaxia

- ☐
- Mantida
-
- ☐
- Modificada

☐ Suspensa – Motivo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Médico

Profilaxia

- ☐
- Mantida
-
- ☐
- Modificada

☐ Suspensa – Motivo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Médico

Profilaxia

- ☐
- Mantida
-
- ☐
- Modificada

☐ Suspensa – Motivo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Médico

Profilaxia

- ☐
- Mantida
-
- ☐
- Modificada

☐ Suspensa – Motivo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Médico

Profilaxia

- ☐
- Mantida
-
- ☐
- Modificada

☐ Suspensa – Motivo: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo Médico