

Avaliação cardiológica pré- operatória em candidatos ao transplante renal

Nome: _____

Idade: _____ Naturalidade: _____

Etiologia da Insuficiência renal: _____

Queixas Cardiovasculares:

Tempo de diálise: _____

Presença de sintomas na diálise: () sim () não. Se sim, especifique _____

Hipertensão Arterial Sistêmica: () sim () não

Diabetes Melitus: () sim () não

Tabagismo: () sim () não

Dislipidemia: () sim () não

Obesidade: () sim () não

Valvopatia: () sim () não. Se sim, especifique _____

Insuficiência Cardíaca: () sim () não. Se sim, especifique _____

Doença coronariana: () IAM _____ () Angina instável _____

() Angina estável CCS _____ () Assintomático () não

Medicamentos:

Exame Físico: Peso _____ Altura _____ FC _____ PA _____

Exames Complementares:

Laboratório: _____

ECG: _____

RX Tórax: _____

Ecocardiograma: _____

Teste não- invasivo:

Cineangiocoronariografia:

Diagnósticos:

Risco Cardiovascular (escore de Detsky modificado):

() Baixo (<3%) () Moderado (3-15%) () Alto (> 15%)

Recomendações:

() Pós-operatório em UTI com realização de ECG e enzimas diariamente _____

() AAS 100mg/dia no peri-operatório _____

() Beta bloqueador (titulado para manter FC entre 60-65) () iniciar 7 dias antes e
manutenção por pelo menos 30 dias após _____

() Atorvastatina ou Fluvastatina () (meta LDL < 100mg/dl) () (meta LDL < 70mg/dl)

() outras
