

AVISO DE CIRURGIA

1 DADOS DO PACIENTE	
Preencher quando não houver etiqueta	
Nome completo: _____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____
Data Nasc.: ____/____/____	Sala: _____ Sexo: () M () F
Nome do Responsável _____	Idade: _____
_____	Precaução? () Sim () Não Qual _____
_____	Comorbidades: _____
2 DADOS DA CIRURGIA	
Acomodação: () Apartamento () Enfermaria Leito: _____ Previsão de alta: ____/____/____ UTI: () Sim () Não	
Nome da cirurgia proposta (conforme Unimed): _____	
_____ Tempo estimado de cirurgia: _____	
Código do procedimento: _____	Reabordagem cirúrgica: () Sim () Não Lateralidade: () D () E () NA
Tipo: () urgência () Eletiva Porte: () Grande () Médio () Pequeno	
Cirurgião: _____	CRM: _____
Assistente 1: _____	CRM: _____
Assistente 2: _____	CRM: _____
Necessidade de Anestesia: () Sim () Não Da equipe: () Sim () Não Se sim, quem? _____	
3 HEMOCOMPONENTES	
Hemotransusão: Concentrado de Hemácias: _____	Unidades: _____
Concentrado de Plaquetas: _____	Unidades: _____
Criocepitado: _____	Unidades: _____
Outros 2: _____	Unidades: _____
4 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS ESPECIAIS	
Arco Cirúrgico durante todo o procedimento () Sim () Não	USG () Sim () Não
Torre de Vídeo () Sim () Não	Microscópio () Sim () Não
Aspirador Ultrassônico: () Sim () Não	Posicionador Mayfield: () Sim () Não
Material para Histopatológico () Sim () Não	
Material Próprio: () Sim () Não Se Sim, descrever: _____	

OPME: () Sim () Não	

Carimbo e Assinatura do Médico (a)	
_____	_____
Carimbo e Assinatura da Gestão de Leitos ou Recepção	Carimbo e Assinatura da Enfermeira do Bloco Cirúrgico