

Solicitação de Cirurgia

DADOS DO PACIENTE		
Nome:		
Diagnóstico (CID-10):		
Identidade nº:	Idade:	
Telefone paciente: ()	ou ()	
Data da internação: / /	Turno: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
() Particular	() Operadora de Serviço	Qual: Tipo:

PROGRAMAÇÃO CIRURGICA	
Cirurgia:	Data da Cirurgia:
() Eletiva () Emergência Reserva : () UTI () Unidade de Internação	__/__/__ : h
Previsão de duração: __ horas	Previsão internação: __ dias
Equipe:	
Cirurgião:	CRM:
Auxiliar:	
Anestesista:	
Componente de sangue/quantidade:	

EQUIPAMENTOS DO CENTRO CIRURGICO	
<input type="checkbox"/> Mesa Maquet	<input type="checkbox"/> Arco cirúrgico durante todo o procedimento
<input type="checkbox"/> Mesa de mão	<input type="checkbox"/> Arco cirúrgico após o procedimento
<input type="checkbox"/> Mangueira Pneumático (garrote)	<input type="checkbox"/> Torre de vídeo
<input type="checkbox"/> Console Stryker (mini-serra e craniótomo)	<input type="checkbox"/> Ultracision
<input type="checkbox"/> Microscópio	<input type="checkbox"/> Balão intra-aórtico

MATERIAL CME (Caixa Instrumental)		
MATERIAL	MATERIAL	MATERIAL
CIRURGIA PLÁSTICA		
<input type="checkbox"/> Cx de pequenas cirurgias	<input type="checkbox"/> Cx de dermatomo	<input type="checkbox"/> Cx de mini-fragmentos
<input type="checkbox"/> Lâmina de dermatomo quant		
BUCOMAXILOFACIAL		
<input type="checkbox"/> Cx mini-fragmentos	<input type="checkbox"/> Cx Bucomaxilo 1,5	<input type="checkbox"/> Mini-serra
CARDÍACA/VASCULAR		
<input type="checkbox"/> Cx de toracotomia	<input type="checkbox"/> Cx de valvular	<input type="checkbox"/> Cx de medidores
<input type="checkbox"/> Cx de vascular	<input type="checkbox"/> Cx de coronária	<input type="checkbox"/> Serra pneumática
CIRURGIA GERAL		
<input type="checkbox"/> Cx de geral	<input type="checkbox"/> Bandeja de vídeo	<input type="checkbox"/> Cx de pequenas cirurgias
NEUROCIRURGIA		
<input type="checkbox"/> Cx de laminectomia	<input type="checkbox"/> Cx de microcirurgia	<input type="checkbox"/> Perfuradora pneumático
<input type="checkbox"/> Cx de craniotomia	<input type="checkbox"/> Cx de cervical	<input type="checkbox"/> Fio de Staimmen N° quant.
<input type="checkbox"/> Craniótomo	<input type="checkbox"/> Drille	<input type="checkbox"/> Clipe de aneurisma
<input type="checkbox"/> Botões fechamento crânio N°	<input type="checkbox"/> Cx de laminectomia	

MATERIAL OPME/OUTROS MATERIAIS/OBSERVAÇÕES

Com o objetivo de melhorar a comunicação, este formulário deve ser entregue ou enviado para a confirmação cirúrgica em um prazo de 24 horas após o contato telefônico.

confirmação Cirurgica: Ramal 9378* ou 9744, Celular 93347209, FAX: 31849382 ou e-mail:

agendamentocirurgico@hpd.com.br

Solicitante:

Carimbo/Assinatura

Data: __/__/__ Hora: __/__/__ h

Recebido por (Gerenciamento de leitos): _____ Data: __ / __ / __ Hora: __/__/__ h

Hospital Porto Dias

Trav. Mauriti, 3050 – Marco - 66093-020

www.hpd.com.br | (91) 3084-3000

Avaliação Médica Pré-Operatória

Paciente: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Diagnóstico (CID-10): _____
Indicação para o procedimento cirúrgico História clínica: _____ _____
Exames/Achados que justifiquem a intervenção: _____ _____
Atividade laboral: _____
Antecedentes clínicos: _____
Medicações em uso: _____
Exame Físico/ Condição Clínica: Neurológico: Respiratório: Cardíaco: Gastrointestinal: Gênito-Urinário: Locomotor: Outros: _____
Orientações Gerais: _____
Suspensão de medicação no pré operatório: () Não () Sim – Quais _____ Antecedência de: _____ dias.
Jejum pré-operatório: _____ horas.
Tempo previsto de afastamento de atividades laborais: _____ dias.

Assinatura e Carimbo

Data e Hora