

Planejamento Cirúrgico Solicitação de Agendamento de Cirurgia

Dados do Paciente	
Nome do Paciente _____	Idade _____
Convênio _____	Telefone _____

Diagnóstico Principal (motivo da internação)

Equipe
Cirurgião: _____ CRM: _____

Dados para Agendamento			
Data	Hora	Previsão de duração	Previsão de Internação
/ /	:	:	(dias)
Local: () Centro Cirúrgico - Unidade I () Centro Cirúrgico - Unidade II			

Procedimento(s) Proposto(s)
Principal _____ Local da Cirurgia _____
Secundário _____ Local da Cirurgia _____
Outros _____ Local da Cirurgia _____

Equipamentos

OPME (Órtese, Prótese e Materiais Especiais)	
Descrição	Quant
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Observação

Reserva UTI	Congelação	Reserva de Hemoderivados
() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não

Exames laboratoriais () Não () Sim (Enviar com o Paciente no dia da internação)
Exames de imagem () Não () Sim (Enviar com o Paciente no dia da internação)

Diagnósticos Secundários
() Hipertensão arterial () Diabetes Mellitus () Doença renal () Cardiopata () Pneumopatia
() Outros _____

Solicitante

Data: _____ / _____ / _____ (Nome legível e CRM ou carimbo com CRM e visto) _____

IMPORTANTE: O agendamento cirúrgico deverá ser realizado em até 7 dias antes da data da cirurgia