

	PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA	
	Nome _____	
	Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____	
	Convênio _____	
	Registro _____ Leito _____	

a) Realizou avaliação clínica anterior à internação?

SIM NÃO

Data: _____ / _____ / _____ Especialidade: _____

(*) enviar com o paciente no dia da internação

b) Realizou exames pré-operatórios?

SIM NÃO

(*) orientar o paciente a trazer todos os exames pertinentes para o dia da internação

c) Faz uso de medicações que devam ser suspensas para que o procedimento possa ser realizado?

SIM NÃO Quais? _____

d) Procedimento(s) proposto(s):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

e) Informações gerais:

Data da internação: _____ / _____ / _____ horário: _____ : _____

Data do procedimento: _____ / _____ / _____ horário: _____ : _____

Data provável da alta: _____ / _____ / _____

Jejum a partir de: _____ / _____ / _____ horário: _____ : _____

Tricotomia: Sim Não Região: _____

Antibioticoterapia profilática: Sim Não Qual? _____

Profilaxia para TEV? Sim Não

Reserva de sangue e/ou hemoderivados? Sim Não Qual? _____

Reserva de UTI? Sim Não Nº de diárias: _____

Lateralidade? Direita Esquerda Membro/região: _____

Alergia ao látex? Sim Não

Nome do Médico	CRM
----------------	-----

Data _____ / _____ / _____	Hora _____ : _____
-------------------------------	-----------------------