



MEMORIAL  
SÃO JOSÉ  
HOSPITAL E CLÍNICAS



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Identificadores Institucionais:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

(preencher se não estiver com etiqueta)

**DATA:**

**HORA:**

**Queixa principal + História da Doença atual:**


**Exame Físico:**


**Hipótese(s) Diagnóstica(s):**


**Unidade de Internamento:**  Apartamento  UTI Geral  UCO  Semi-Intensiva

**Conduta/Plano de Cuidados:**


Cod. 509134

V. 05/2017

\_\_\_\_\_  
Médico (a) / Dentista – Assinatura e Carimbo.





MEMORIAL  
SÃO JOSÉ  
HOSPITAL E CLÍNICAS

REDE  
SÃO LUIZ

## Ficha Cirúrgica

Identificadores Institucionais:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

HORA:\_\_:\_\_h

**Diagnóstico (s) Pré-Operatório:**

**Procedimento(s):**

Cirurgião: \_\_\_\_\_ 1º auxiliar: \_\_\_\_\_

2º auxiliar: \_\_\_\_\_ 3º auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador (a): \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_ Tipo de anestesia: \_\_\_\_\_

### Descrição Cirúrgica

**OPME:**

**Diagnóstico(s) Pós – operatório:**  Mantido  Alterado Qual?

**Complicações durante ato operatório:**  Sim  Não

**Qual?**

**Houve perda Sanguínea importante?** Sim  Não  **Uso de Hemocomponentes?** Sim  Não

**Envio de material Histopatológico:**  Sim N° de peças \_\_\_\_\_  Não

**Plano de cuidados pós- operatório: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA**



MEMORIAL  
SÃO JOSÉ  
HOSPITAL E CLÍNICAS



## Sumário de Alta

Identificadores Institucionais:

Nome: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA DA ALTA:

HORA:

MOTIVO DA ADMISSÃO:

DIAGNÓSTICO(S) ATUAL (IS)

COMORBIDADES:

SIM  NÃO  Quais: \_\_\_\_\_

ACHADOS CLÍNICOS RELEVANTES

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS (RESULTADOS COM O PACIENTE)

CONDIÇÕES DO PACIENTE NA SAÍDA/DESTINO

Curado  Melhorado  Óbito

PLANEJAMENTO DE ALTA

Medicamentos a serem tomados em casa:  Não se aplica

Medicamentos	Dose	Via	Frequência	Período

RETORNAR AO CONSULTÓRIO EM \_\_\_\_\_ dias.

Atenção: Em caso de emergência, comunique-se com seu médico(a) ou dirija-se ao serviço de emergência do Hospital Memorial São José, trazendo consigo esta via.

Cód.509035

\_\_\_\_\_  
Médico (a) /Dentista – Assinatura e Carimbo

1º Via: Paciente – 2º Via: Hospital.



Identificadores Institucionais:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

(preencher se não estiver com etiqueta)

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS  
(OPERAÇÕES E PROCEDIMENTOS INVASIVOS)**

Pelo presente termo, considerando a necessidade de intervenção cirúrgica, autorizo o médico e sua equipe:

(Nome / CRM) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

em caráter ( ) ELETIVO ou de ( ) URGÊNCIA.

Declaro que:

1. Nas informações que forneci, nada omiti em relação à minha saúde e hábitos.
2. Recebi todas as informações quanto ao(s) procedimento(s) ou operação(ões) a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, considerando inclusive minhas condições pessoais.
3. Os riscos do procedimento são:
  - a) Relacionados ao sítio cirúrgico: infecção, hematoma, deiscência, hérnia, queleide;
  - b) Anastomoses: deiscência, estenoses, fístulas;
  - c) Sistema nervoso central e periférico, membros e articulações: diminuição ou perda completa da função direta ou de estruturas correlacionadas;
  - d) Tromboembolismo venoso, entre outros.
4. Foi-me explicado que os benefícios esperados após a realização desse procedimento são: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
6. Em caso de procedimento emergencial autorizo a realização de qualquer outro procedimento, seja exame, tratamento e/ou operação, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Autorizo que seja(m) solicitados(s) exames complementares em qualquer órgão ou amostra de tecido (os) removidos durante o procedimento desde que necessário(s) para o esclarecimento diagnóstico e/ou implicações terapêuticas.

**Confirmo que compreendi todas as explicações prestadas pelo médico que irá realizar o procedimento. Concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse tendo ciência que a qualquer tempo poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico (a) / Dentista - Assinatura e Carimbo

Assinatura:  Paciente  Responsável legal \_\_\_\_\_

Termo preparado com fundamento no art. 59 do Código de Ética Médica e disposições da Lei 8.078/90 - Código de Defesa do Consumidor.



MEMORIAL  
SÃO JOSÉ

REDE DOR  
SÃO LUIZ

**TERMO E AVALIAÇÃO  
PRÉ-ANESTÉSICA**

Identificadores Institucionais:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
preencher se não estiver com etiqueta

**TERMOS DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO**

Pelo presente termo, concordo em submeter-me ao seguinte procedimento de anestesia/sedação:

Geral     Loco/Regional     Sedação / em caráter:     Eletivo     Urgência

A ser realizado pelo (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_ ou outro anestesista credenciado da equipe.

Declaro que:

1. Autorizo a realização de qualquer procedimento emergencial, bem como mudanças na programação anestésica em situação imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes dos inicialmente propostos.
2. Os riscos anestésicos são: **broncoespasmos, reação anafilática, cefaleia pós-raquianestesia, hipertermia maligna, alterações hemodinâmicas como arritmia e hipotensão, entre outros.**

Confirmando que recebi li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de questionar sobre os pontos com os quais não concordasse tendo ciência que a qualquer tempo poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.

Recife: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_      Assinatura do Paciente/ Responsável      N°IDENTIDADE      Assinatura / Carimbo do Médico

**AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA**

HD: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA PROPOSTA: \_\_\_\_\_ CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_

ALERGIAS	QUAL?		CIRURGIAS ANTERIORES: QUAL?
PNEUMOPATIAS	QUAL?		PRÓTESE DENTÁRIA
CORONARIOPATIA	QUAL?		OUTROS
DIABETES			
HEPATOPATIA	QUAL?		
HIPERTENSÃO ARTERIAL			
HIPERTERMIA MALÍGNA			

**EXAME FÍSICO:**

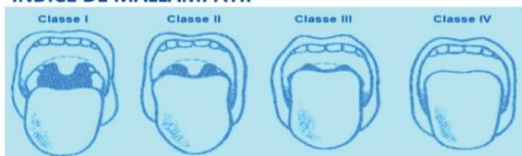
**ESTADO GERAL:**

CORADO:  SIM  NÃO    HIDRATADO:  SIM  NÃO    EUPNÉICO:  SIM  NÃO    ICTÉRICO:  SIM  NÃO

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

**ÍNDICE DE MALLAMPATI:**



Mallampati I     Mallampati II     Mallampati III     Mallampati IV

**MEDICAMENTOS EM USO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO:  SIM  NÃO    PERÍODO: \_\_\_\_\_

ESTADO FÍSICO (ASA):  I     II     III     IV     V

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:  SIM  NÃO    QUAL? \_\_\_\_\_

ANESTESIA PROPOSTA: \_\_\_\_\_

Recife: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_      Assinatura e Carimbo do Médico