

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Convênio \_\_\_\_\_

Registro \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_

### 1. Queixa principal e histórico da condição de saúde atual.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. Antecedentes pessoais Nada digno de nota (NDN)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Faz uso de medicamentos que devam ser suspensos no pré-operatório?

Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

### 4. Exame Físico:

Alterado?  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

Corado  Descorado +/4+  Eupneico  Dispneico +/4+

Hidratado  Desidratado +/4+  Anictérico  Ictérico +/4+

Afebril  Febril

Crânio e face: Alteração  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

Orofaringe: Alteração  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

Tórax/Ausulta Pulmonar: Alteração  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

Ausulta Cardíaca: Alteração  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

Abdome: Alteração  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

Membros Inferiores: Alteração  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

Pele e Anexo: Alteração  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

SNC: Alteração  Não  Sim Descrever: \_\_\_\_\_

### 5. Realizou exames pré-operatórios?

Não  Sim  NDN

Laboratoriais  Ultrassonografia  Radiológico  Outros \_\_\_\_\_

Resultados relevantes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Hipótese diagnóstica pré-operatória

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico secundário: \_\_\_\_\_

### 7. Procedimento proposto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 8. Planejamento:

Data do procedimento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Data provável da alta \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_