

Etiqueta do paciente

Nome:

Data de nascimento:

Data: ____/____/____

1. Queixa principal e histórico da condição de saúde atual

2. Antecedentes pessoais

() Nada digno de nota (NDN)

Pessoais: _____

Familiares: _____

Hábitos de Vida: _____

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

() Não () Sim | Quais? _____

3. Exame físico

Geral:

() NDN

Interrogatório dos diversos aparelhos:

Respiratório:

() NDN

Cardiovascular:

() NDN

Abdômen:

() NDN

Neurológico:

() NDN

Outros:

() NDN

4. Realizou avaliação clínica anterior à internação?

() Sim*

() Não

Data: ____/____/____ Especialidade: _____

(*) Enviar documentos com o paciente no dia da internação

5. Realizou exames pré-operatórios?

() Sim*

() Não

(*) Orientar o paciente para trazer os exames realizados no dia da internação

() Laboratoriais () Ultrassonografia () Radiológico () Outros: _____

Resultados relevantes:

() NDN

6. Hipótese diagnóstica pré-operatória

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundário: _____

7. Procedimento proposto:

8. Reserva de sangue/ hemoderivados: () Sim () Não

9. Jejum pré-operatório:

() Sólidos 8h e líquidos claros 2 horas antes da cirurgia

() Emergência

10. Tricotomia: () Sim () Não Região: _____

11. Reserva de UTI: () Sim () Não

12. Planejamento:

Data do procedimento: ____/____/____ Horário: ____:____

Data provável de alta: ____/____/____

Nome do(a) Médico(a) / CRM ou Carimbo

Assinatura