

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

Número da Reserva

INFORMAÇÕES DO CONVÊNIO

Convênio _____

Plano _____ Tipo de Plano: Empresarial Individual Tipo de acomodação _____

Código da Carteirainha _____

INFORMAÇÕES DA EQUIPE MÉDICA

Cirurgião _____ CRM _____

Médico ou clínica são credenciados ao convênio? Sim Não Anestesia: Equipe Hospital

INFORMAÇÕES PARA AGENDAMENTO

Data da internação: _____ Horário da internação: _____

Data do procedimento: _____ Horário do procedimento: _____

Duração do procedimento: _____ hora(s) Previsão de internação: _____ dia(s)

INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO

Justificativa _____

CÓDIGO AMB / TUSS

Seq.	Código	Descrição
1°		
2°		
3°		
4°		
5°		
6°		
7°		
8°		
9°		
10°		

EQUIPAMENTOS OU CAIXAS (HOSPITAL)

Seq.	Descrição	Quantidade
1°		
2°		
3°		
4°		
5°		
6°		
7°		
8°		
9°		
10°		

MATERIAIS ESPECIAIS / OPME

Seq.	Descrição	Fornecedor	Quantidade
1°			
2°			
3°			
4°			
5°			
6°			
7°			
8°			
9°			
10°			
11°			
12°			
13°			
14°			
15°			

Justificativa para uso de OPME (se necessário)

OUTRAS INFORMAÇÕES

Solicita medicamento? Sim Não Qual? _____

Biópsia de congelação? Sim Não Laboratório? _____

Reserva de UTI? Sim Não

Reserva de sangue? Sim Não Especificar _____

ORIENTAÇÕES

- Enviar laudo de imagens de exames e relatório médico detalhado sobre a indicação cirúrgica para a Central de Autorizações da unidade.
- O início da negociação da autorização com os convênios depende da agilidade do envio desta documentação.
- Para confirmar o recebimento ou obter informações sobre o processo de autorização, entrar em contato com a Central de Autorizações.

Telefones de contato:**Central de Reservas** (segunda a domingo, das 7 às 22h):

Tel.: 11 3040-1300

Fax: 11 3040-9393

e-mail: creservas@saoluiz.com.br

Central de Autorizações (segunda a sexta-feira, das 7 às 19h):**Unidade Itaim**

Tel.: 11 3040-1234

Fax: 11 3040-1569

e-mail: caitaim@saoluiz.com.br

Unidade Morumbi

Tel.: 11 3093-1234

Fax: 11 3093-1569

e-mail: camorumbi@saoluiz.com.br

Unidade Anália Franco

Tel.: 11 3386-1234

Fax: 11 3386-1569

e-mail: caanalia@saoluiz.com.br

Responsável pelas informações_____
Assinatura

	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 _____ : _____
-------------------------------	-----------------------

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____
 Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Idade _____
 Convênio _____
 Registro _____ Leito _____

QUESTIONÁRIO

Peso: _____ Kg Altura: _____ m

	Sim	Não	Comentários
1. É alérgico a algum medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Faz uso de algum medicamento diário? Liste os medicamentos e dose em uso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Faz uso de tranquilizantes / calmantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Tem / teve recentemente tosse com catarro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Tem / teve alguma doença cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Tem marcapasso cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Tem / teve algum problema de pressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Tem / teve algum problema de pulmão? Asma, bronquite, tuberculose, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Tem problema de sangramento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Tem diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. É portador de doença infecto-contagiosa? Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Tem dor ou lesão na coluna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Tem / teve problemas de: Fígado - cirrose, hepatite, icterícia Rim - pedra, infecção, diálise Sangue - anemia, leucemia Tireóide Estômago: hérnia de hiato, úlcera, queimação Dificuldade para abrir a boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Tem / teve algum problema dentário? Tratamento de canal, fraturas, gengivas, outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Faz uso de cocaína, maconha ou outra droga? Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Tem / teve problemas neurológicos? Convulsão, desmaio, epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Cite as cirurgias e a que tipo de anestesia que já foi submetido(a) anteriormente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Você ou algum familiar já teve problema com anestesia? Descreva:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. É fumante? Quantos cigarros / maços por dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. Usa dentadura ou prótese dentária? Lentes de contato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21. Mulher: caso sua cirurgia não esteja relacionada com o parto, ou curetagem, existe a possibilidade de estar grávida? Qual a idade gestacional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Questionário respondido por _____ Número do R.G. _____ Grau de parentesco _____

Declaro que as informações acima são verdadeiras.

Data ____ / ____ / ____ Hora ____ : ____ Assinatura _____

IMPORTANTE: Sei que devo estar em jejum de 4 horas para líquidos (chá ou água) e 8 horas para sólidos (incluindo sucos, iogurtes e vitaminas).

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

RELATÓRIO DO ANESTESISTA

Procedimento _____

Cirurgião _____ Eletiva Emergência

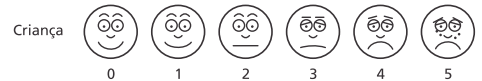
Jejum: Sólidos _____ h Líquidos _____ h

Reserva de Sangue Sim Não Reserva de UTI Sim Não

MPA Sim Não Qual? _____

Dose _____ Via: EV IM VO

Escala de dor



Exame Físico

P.A. _____ x _____ mmHg

FR _____ mpm

FC _____ bpm

T _____ °C

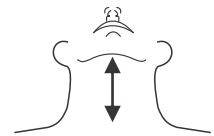
Avaliação de Via Aérea

ÍNDICE DE MALLAMPATI



3 e 4 = sugestivo de intubação difícil

DISTÂNCIA MENTO-ESTERNO



> 12,5 cm = normal
< 12,5 cm = reduzida



Exames Laboratoriais e/ou Imagem

Classificação ASA: I II III IV V

Planejamento Anestésico

a) Técnica proposta _____

b) Técnica Alternativa _____

Nome do Médico Anestesiologista _____

CRM _____

Data ____ / ____ / ____

Hora ____ : ____

Carimbo _____

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

Autorizo a realização do procedimento anestésico ou sedação abaixo especificado:

Técnica anestésica proposta: _____

Técnica anestésica alternativa (se disponível): _____

indicado pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a) ou outro anesthesiologista de sua equipe, médicos credenciados(as) no HSL.

Declaro que fui previamente e adequadamente informado(a) sobre o procedimento anestésico/sedação a que serei submetido(a), quanto a indicações, benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como, sobre possíveis alternativas. Na ocasião, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda, a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Declaro que por ocasião deste consentimento, respondi ao médico anesthesiologista sobre todas as informações contidas no Questionário de Avaliação Pré-Anestésica, que possam trazer prejuízos ao procedimento anestésico que serei submetido(a).

Deve ser preenchido pelo paciente:

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais eu não concordasse.

 Paciente Responsável

Nome _____ Identidade nº _____

Grau de parentesco _____ Assinatura _____

São Paulo, _____ / _____ / _____

Hora _____ : _____

Deve ser preenchido pelo médico: Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável todo o procedimento anestésico/sedativo a que o(a) paciente acima referido(a) estará sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado. Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência.

Nome do Médico _____

CRM _____

Assinatura _____

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

Autorizo a realização do procedimento anestésico ou sedação abaixo especificado:

Técnica anestésica proposta: _____

Técnica anestésica alternativa (se disponível): _____

indicado pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a) ou outro anesthesiologista de sua equipe, médicos credenciados(as) no HSL.

Declaro que fui previamente e adequadamente informado(a) sobre o procedimento anestésico/sedação a que serei submetido(a), quanto a indicações, benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como, sobre possíveis alternativas. Na ocasião, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda, a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Declaro que por ocasião deste consentimento, respondi ao médico anesthesiologista sobre todas as informações contidas no Questionário de Avaliação Pré-Anestésica, que possam trazer prejuízos ao procedimento anestésico que serei submetido(a).

Deve ser preenchido pelo paciente:

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais eu não concordasse.

 Paciente Responsável

Nome _____ Identidade nº _____

Grau de parentesco _____ Assinatura _____

São Paulo, _____ / _____ / _____

Hora _____ : _____

Deve ser preenchido pelo médico: Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável todo o procedimento anestésico/sedativo a que o(a) paciente acima referido(a) estará sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado. Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência.

Nome do Médico _____

CRM _____

Assinatura _____

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirúrgico(s):

indicado pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médicos credenciados(as) no HSL.

Declaro que fui previamente e adequadamente informado(a) sobre o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), quanto a indicações, benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como, sobre alternativas de tratamento. Na ocasião, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda, a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Estou ciente que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados e explicados oportunamente pelo médico anestesista.

Deve ser preenchido pelo paciente:

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais eu não concordasse.

 Paciente Responsável

Nome _____ Identidade nº _____

Grau de parentesco _____ Assinatura _____

São Paulo, _____ / _____ / _____ Hora _____ : _____

Deve ser preenchido pelo médico: Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável todo o procedimento exame tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado. Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência.

Nome do Médico _____

CRM _____

Assinatura _____

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirúrgico(s):

indicado pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médicos credenciados(as) no HSL.

Declaro que fui previamente e adequadamente informado(a) sobre o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), quanto a indicações, benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como, sobre alternativas de tratamento. Na ocasião, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda, a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Estou ciente que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados e explicados oportunamente pelo médico anestesista.

Deve ser preenchido pelo paciente:

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais eu não concordasse.

 Paciente Responsável

Nome _____ Identidade nº _____

Grau de parentesco _____ Assinatura _____

São Paulo, _____ / _____ / _____ Hora _____ : _____

Deve ser preenchido pelo médico: Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável todo o procedimento exame tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado. Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência.

Nome do Médico _____

CRM _____

Assinatura _____

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____
 Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____
 Convênio _____
 Registro _____ Leito _____

I - ANAMNESE
Queixa Principal

História Progressiva da Moléstia Atual

Antecedentes Nada digno de nota

a) Pessoais _____

b) Familiares _____

c) Hábitos _____

c) Medicamentos habituais _____

Interrogatório sobre os diversos aparelhos

II - EXAME FÍSICO
Geral

Especial

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| a) Cabeça / Pescoço _____ | <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> NDN |
| b) Pele e anexos _____ | <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> NDN |
| c) Pulmões _____ | <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> NDN |
| d) Coração _____ | <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> NDN |
| e) Mamas _____ | <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> NDN |
| f) Abdômen _____ | <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> NDN |
| g) Genitourinário _____ | <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> NDN |
| h) Locomotor _____ | <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> NDN |
| i) Neurológico _____ | <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> NDN |
| j) Circulatório _____ | <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> NDN |

NA: Não se Aplica

NDN: Nada Digno de Nota

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

III - EXAMES COMPLEMENTARES

Laboratoriais: NA _____

Ultrassonográfico: NA _____

Radiológico: NA _____

CT / RM: NA _____

Outros: _____

IV - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

V - PLANO TERAPÊUTICO INICIAL

Clínico

Cirúrgico

Proposta inicial _____ | Tempo de internação _____ dias

Meta _____

Data _____ Hora _____ Carimbo / Assinatura do Médico _____

____ / ____ / ____

____ : ____

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Data / / Paciente Data Nascimento / / Data Internação / / Apartamento Registro

ETIQUETA DE ALERGIA

HORA	PRESCRIÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	OBSERVAÇÃO	APRAZAMENTO

