

	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

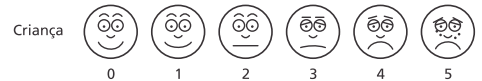
Jejum: Sólidos \_\_\_\_\_ h Líquidos \_\_\_\_\_ h

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

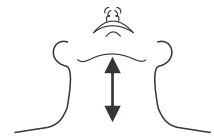
**Avaliação de Via Aérea**

**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 anestesiológico 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 anestesiológico 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:**

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 \_\_\_\_\_

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 Pgressa 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 \_\_\_\_\_  NA  NDNb) Pele e anexos \_\_\_\_\_  NA  NDNc) Pulmões \_\_\_\_\_  NA  NDNd) Coração \_\_\_\_\_  NA  NDNe) Mamas \_\_\_\_\_  NA  NDNf) Abdômen \_\_\_\_\_  NA  NDNg) Genitourinário \_\_\_\_\_  NA  NDNh) Locomotor \_\_\_\_\_  NA  NDNi) Neurológico \_\_\_\_\_  NA  NDNj) Circulatório \_\_\_\_\_  NA  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



