

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

**1. Queixa principal e histórico da condição de saúde atual:**

---



---

**2. Antecedentes pessoais:** \_\_\_\_\_

**3. Foram avaliados os seguintes aspectos:**

Alguma necessidade médica:  Não  Sim

Se sim, descrever: \_\_\_\_\_

Alguma necessidade psicológica:  Não  Sim

Se sim, descrever: \_\_\_\_\_

Alguma necessidade Sócio/econômica:  Não  Sim

(Medicamentos de alto custo, equipamentos para manutenção de recuperação)  Não  Sim

Se sim, descrever: \_\_\_\_\_

Alguma necessidade de alta (Fisioterapia, Home Care)  Não  Sim

Se sim, descrever: \_\_\_\_\_

**4. Exame Físico**

Alterado?  Não  Sim

Se sim, descrever: \_\_\_\_\_

**5. Realizou exames pré operatórios?**  Não  Sim

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

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

**6. Hipótese diagnóstica**

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico secundário: \_\_\_\_\_

**7. Procedimento proposto:**

---



---

**8. Planejamento:**

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

Data da alta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_

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

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