

FORMULÁRIO DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO

Nome Paciente:		Feminino () Masculino ()	
Data Nascimento: / /		Idade:	
Telefone Paciente:		E-mail Paciente:	
Convênio:		Nº Carteira:	
Enfermaria () Apartamento ()		Tempo estimado internação:	
Data cirurgia:		Data Solicitação:	
Horário:		Tempo Cirúrgico estimado:	
Procedimento 1:		Código TUSS:	
Procedimento 2:		Código TUSS:	
Procedimento 3:		Código TUSS:	
Diagnóstico 1:		CID:	
Diagnóstico 2:		CID:	
Diagnóstico 3:		CID:	
Relatório para o convênio:			

Observação: Anexar laudo de exames que confirmem diagnóstico e justifiquem o procedimento			
Materiais Especiais (OPME)		Marca e Fabricante	Quant.
Reserva de UTI		SIM () NÃO ()	
Anátomo Patológico: SIM () NÃO ()	Congelação: SIM () NÃO ()		Laboratório: SIM () NÃO ()

Reserva de Sangue: SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>)	
(<input type="checkbox"/>) Conc. de Hemácias: ____ (<input type="checkbox"/>) Plasma : ____ (<input type="checkbox"/>) Plaquetas : ____ Outro : _____	
Equipamentos:	
Mesa Ortopédica (<input type="checkbox"/>) Microscópio (<input type="checkbox"/>) Video Imagem (<input type="checkbox"/>) Foco Frontal (<input type="checkbox"/>) Arco Cirúrgico (<input type="checkbox"/>) Garrote Pneumático (<input type="checkbox"/>) Mesa radio transparente (<input type="checkbox"/>) Outros: _____	
Equipe de Anestesista da Casa:	
SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) Se não especifique abaixo Nome e CRM	
Nome:	CRM:
Nome do Cirurgião:	CRM:
Fone do cirurgião:	E-mail:
Carimbo e Assinatura:	

Imprimir => assinar =>escanear => enviar por
 email: agendacirurgia@hdaa.org.br

A.CC.0001 - v.0