

AGENDAMENTO DE CIRURGIA

	Data da Cirurgia:	Horário de Início:	Tempo de Cirurgia:
--	-------------------	--------------------	--------------------

Paciente:	Data de Nascimento:
-----------	---------------------

Alergia à látex: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Telefone paciente:
---	---	--------------------

Caráter da cirurgia <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência	Regime de internação: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Hospital dia <input type="checkbox"/> Ambulatorial	Reserva de UTI: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
---	---	--

Convênio:	Plano:	Carteirinha- N°:
-----------	--------	------------------

Diagnóstico:	CID:
--------------	------

	Cirurgia Proposta	Código TUSS
01		
02		
03		
04		
05		

Lateralidade: Não se aplica Direita Esquerda Bilateral

Anestesia - Equipe <input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Externa	Tipo anestesia: <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Sedação	Congelação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Lab: _____
--	--	---

Reserva equipamentos:

<input type="checkbox"/> Mesa ortopédica	<input type="checkbox"/> Sistema de vídeo	<input type="checkbox"/> Lipoaspirador	<input type="checkbox"/> Dispositivo Antitrombótico
<input type="checkbox"/> Arco cirúrgico	<input type="checkbox"/> Fonte de luz	<input type="checkbox"/> Válvula iluminada (Doyen)	(Compressão pneumático MMII)
<input type="checkbox"/> Mesa radiotransparente	<input type="checkbox"/> Microscópio	<input type="checkbox"/> Fotóforo (foco frontal)	<input type="checkbox"/> Manta térmica
Outros:			

Materiais Especiais:

	Especificação	Quantidade	Fornecedor
01			
02			
03			
04			
05			

Nota: Em caso de uso de materiais especiais / órteses e próteses o agendamento deverá ser com no mínimo **10 dias úteis**.

Reserva de hemocomponentes Não

<input type="checkbox"/> Concentrado Hemácias: _____	<input type="checkbox"/> Plasma: _____	<input type="checkbox"/> Plaquetas: _____
<input type="checkbox"/> Outro: _____		

Nome cirurgião :	C.R.M.
------------------	--------

Telefone:	Email:
-----------	--------

Data:	Assinatura e Carimbo:
-------	-----------------------