

AGENDAMENTO DE CIRURGIA

Data da cirurgia:	Horário de início:	Tempo de cirurgia:
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Cód. Clínica (operadora): _____	Utiliza Marca-Passo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Nome do paciente:		Data de nascimento:
Alergia à latex: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Telefone do paciente:
Carácter 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 - Nº:
Diagnóstico:	CID:	
Cirurgia proposta:	Código TUSS:	Qtde.
Lateralidade: <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Bilateral		
Anestesia - Equipe: <input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/> Sem Anestesista	Tipo de 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: _____
Nome anestesista (Preencher, em caso de equipe externa):	C.R.M.:	
Reserva de equipamentos:		
<input type="checkbox"/> Mesa ortopédica <input type="checkbox"/> Sistema de vídeo <input type="checkbox"/> Lipoaspirador <input type="checkbox"/> Dispositivo antitrombótico	<input type="checkbox"/> Fonte de luz <input type="checkbox"/> Válvula iluminada (Doyen) (Compressão pneumático MMII)	
<input type="checkbox"/> Arco cirúrgico <input type="checkbox"/> Microscópio <input type="checkbox"/> Fotóforo (foco frontal) <input type="checkbox"/> Manta térmica	<input type="checkbox"/> Mesa radiotransparente <input type="checkbox"/> Garrote pneumático <input type="checkbox"/> Ultrassom <input type="checkbox"/> Equipamento próprio: _____	
<input type="checkbox"/> Ótica: _____	Outros: _____	
Materiais especiais:		
Especificação:	Quantidade:	Marca (03 opções):
Nota: Em caso de uso de materiais especiais / órteses e próteses o agendamento deverá ser com antecedência mínima de 10 dias úteis.		
Em caso de cirurgia particular OPME será:		
<input type="checkbox"/> Fornecido pelo hospital <input type="checkbox"/> Negociado pelo paciente		

Reserva de hemocomponentes:
 Não

 Sim, conforme protocolo (ao assinalar essa opção, não há necessidade de preenchimento de número de bolsas)

Protocolo reserva de sangue Hospital Dom Alvarenga

Aneurisma de Aorta	04	Gastrectomia	01
Adrenalectomia	04	Hemipelvectomia	02
Amputação de Perna	01	Hepatectomia	03
Amputação de Reto	01	Herniorrafia inguinal ou escrotal	00
Anastomose Bilio Digestiva	TS	Histerectomia total abdominal	TS
Aneurisma de Aorta roto	05	Histerectomia vaginal	00
Angioplastia	00	Laparoscopia diagnóstica	00
Artrodese de coluna	01	Laparoscopia ginecológica	00
Artroplastia de Joelho	01	Laparotomia exploradora	01
Artroplastia de Ombro	00	Laringectomia Total	TS
Cervicotomia exploradora	01	Lobectomia pulmonar	02
Cirurgia cardíaca	02	Mamoplastia ou Mastectomia	00
Cirurgia otorrinolaringológica	00	Nefrectomia	01
Cirurgia Plástica em geral	00	Nefrostomia percutânea	TS
Cistectomia e prostatectomia	02	Prótese total de joelho	01
Colecistectomia	00	Prótese total de quadril	01
Colectomia	01	Ressecção de nódulo hepático	01
Correção de Pectus escavado	TS	Retossigmoidectomia laparoscópica	TS
Craniotomia	01	RTU de bexiga	TS
Craniotomia para aneurisma	02	RTU de próstata	TS
Decorticação Pulmonar	TS	Safenectomia	00
Derivação Ventrículo peritoneal	00	Septação gástricalaparoscópica	TS
Duodenopancreatectomia	02	Tireoidectomia	00
Endarterectomia de carótida	TS	Toracotomia exploradora	01
Enucleação de tumor renal	01	Ureterolitotripsia	00
Esofagectomia	02	Varizes	00
Esplenectomia	01	Vulvectomia	00

Nota: TS = Tipagem sanguínea (nesse caso, o sangue é tipado, sem haver reserva para uso imediato. Em caso de necessidade de uso, haveria um tempo reduzido de 20min para liberação da bolsa).

 Sim, solicitarei fora do protocolo

Justificativa: Minha cirurgia não está no protocolo

 Outro motivo: _____

 Concentrado Hemácias: _____ Plasma: _____ Plaquetas: _____

 Outro: _____

Observações:

Nome cirurgião:

C.R.M.:

1º Auxiliar:

C.R.M.:

2º Auxiliar:

C.R.M.:

Outro (s) médico (s) que eventualmente poderão vir a substituir um dos integrantes:

Nome:

C.R.M.:

Telefone:

E-mail:

Data:

Assinatura e Carimbo:

Enviar para: agendacirurgia@alvarenga.org.br Fone: (11) 2163-1758