

AGENDAMENTO / AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA

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

| | | |
|-----------|---------------------|-----------|
| Paciente: | Data de Nascimento: | Telefone: |
|-----------|---------------------|-----------|

Alérgico a Látex ? Não SIM **Cabelos sintéticos?** Não SIM **Faz uso de anticoagulante?** Não SIM

| | | |
|------------|--------|-------------------|
| Convênio : | Plano: | Carteirinha – Nº: |
|------------|--------|-------------------|

Diagnóstico:

| | |
|--------------------------|---|
| Cirurgia proposta: _____ | Cód. TUSS.: _____ |
| _____ | Lateralidade: |
| _____ | <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo |
| | <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> NA -não se aplica |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Anestesia - Equipe <input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Externa | Congelação: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S, laboratório | Reserva de CTI? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S | Local de internação: <input type="checkbox"/> Sepaco <input type="checkbox"/> Peixoto Gomide |
|---|---|--|---|

Equipamentos:
 Mesa Ortopédica Microscópio Video Imagem Arco Cirúrgico _____

Instrumentais permanentes – quais?:

| | Materiais Especiais | Fornecedor | Quantidade |
|----|---------------------|------------|------------|
| 01 | | | |
| 02 | | | |
| 03 | | | |
| 04 | | | |
| 05 | | | |
| 06 | | | |
| 07 | | | |
| 08 | | | |
| 09 | | | |
| 10 | | | |

Nota: Em caso de uso de **materiais especiais / órteses e próteses** o agendamento deverá ser com no mínimo **7 dias úteis**.

Observações: _____

| | |
|---------------|--|
| Sangue | Reserva? <input type="checkbox"/> Não |
| | <input type="checkbox"/> Sim |
| | Paciente: A sua crença autoriza , caso haja necessidade, a transfusão de sangue? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (médico externo preencher a solicitação no receituário e encaminhá-la com o paciente) Solicitar para comparecer ao Banco de Sangue do Hospital Sepaco no piso S2. |

CIRURGIÃO

| | | |
|-------|--------|------------------------|
| Nome: | C.R.M. | Credenciado? (Sim/Não) |
|-------|--------|------------------------|

| | | |
|------------|-------|----------------------|
| Telefones: | Data: | Assinatura e carimbo |
|------------|-------|----------------------|