

ELETIVA     URGÊNCIA     EMERGÊNCIA

Reoperação     Sim     Não

Data da Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_    Tempo previsto de cirurgia: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Idade: \_\_\_\_\_    Sexo:  F     M    Prontuário: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_    Setor: \_\_\_\_\_    Leito: \_\_\_\_\_

Reserva de Sangue:  Sim     Não

Reserva de UTI:  Sim     Não

Precaução de Contato:  Não     Sim     Portador de Bactéria MR     Gotícula     Aerossol     Swab Aberto

Diagnóstico pré-operatório: \_\_\_\_\_

Cirurgia Proposta: \_\_\_\_\_

Preparo: \_\_\_\_\_

Tipo de anestesia: \_\_\_\_\_

Instrumental Básico: \_\_\_\_\_

Instrumental Especial: \_\_\_\_\_

Materiais OPME (Fornecedor): \_\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_

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

Médico Responsável