

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ DN: ____/____/____
Pront: _____ Atendi: _____ Sexo: ____ Idade: ____ Altura: _____ Peso: _____
Médico Clínico: _____ CRM: _____
Avaliação Cirúrgica Cardíaca: _____
Internado: Sim Não UTI: Sim Não

PROPOSIÇÃO CIRÚRGICA**EXAMES**

LABORATÓRIO:	HB:	LEUCO:	PLAQUETA:	RNI:
	URÉIA:	CREATININA:	URINA:	TIPO SANGUÍNEO:

ECOCARDIOGRAMA:	DATA EXAME:	PSAP:	FE%:
	DDVE:	MITRAL:	AÓRTICA:

ELETROCARDIOGRAMA:	RITMO:	SINUSAL: <input type="checkbox"/>	FA AGUDA: <input type="checkbox"/>	FA CRÔNICA: <input type="checkbox"/>
DATA: ____/____/____		ÁREA INATIVA:	SIM: <input type="checkbox"/>	NÃO: <input type="checkbox"/>

CATETERISMO:	TRONCO: <input type="checkbox"/> %	UNI: <input type="checkbox"/>	BILATERAL: <input type="checkbox"/>	TRIARTERIAL: <input type="checkbox"/>
DATA: ____/____/____	DA: <input type="checkbox"/> %	CD: <input type="checkbox"/> %	DIAG: <input type="checkbox"/> %	DIAGONLIS: <input type="checkbox"/> %
	MGE1: <input type="checkbox"/> %	MGE2: <input type="checkbox"/> %	MGE3: <input type="checkbox"/> %	VPE: <input type="checkbox"/> %

OUTROS:	CARÓTIDAS:	ULTRASSOM:
	TOMOGRAFIA:	

FATORES DE RISCO OPERATÓRIO**REOPERAÇÃO:**

ANEURISMA VE <input type="checkbox"/>	TABAGISMO <input type="checkbox"/>	DIABETES <input type="checkbox"/>	HAS: <input type="checkbox"/>	DPOC SEVERO <input type="checkbox"/>
AVC PRÉVIO <input type="checkbox"/>	SAFENECTOMIA <input type="checkbox"/>	MARCAPASSO <input type="checkbox"/>	ANGINA INSTÁVEL <input type="checkbox"/>	ETILISMO <input type="checkbox"/>
IAM < 7 DIAS <input type="checkbox"/>	IAM PRÉVIO <input type="checkbox"/>	ANTERIOR <input type="checkbox"/>	LATERAL <input type="checkbox"/>	INFERIOR: <input type="checkbox"/>
ENDOCARDITE <input type="checkbox"/>	INFECÇÃO <input type="checkbox"/>	ALERGIA <input type="checkbox"/>	OUTRAS <input type="checkbox"/>	FRAGILIDADE <input type="checkbox"/>

CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO

SUSPENDEU ANTICOAGULANTE QUANDO: _____
SUSPENDEU ANTIPLAQUETÁRIO AAS: QUANDO: _____ CLOPIDOGREL: QUANDO: _____

AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA: Abscesso: Tártaro:

ESTÁ INFECTADO: Qual o sítio Infecção: _____ Antibioticoterapia: _____ Qual? _____
Avaliação integridade cutânea: _____

URGÊNCIA

Justificativa: _____

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS

Qual: _____

Data Inclusão: ____/____/____

Médico Solicitante
Assinatura e Carimbo