

ELETIVA URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Reoperação Sim Não

Data da Cirurgia: ___/___/___ Hora: ___:___ Tempo previsto de Cirurgia: ___:___

Nome do Paciente: _____ D.N.: ___/___/___

Filiação: _____ Sexo: F M

Prontuário: _____ Idade: ___ Leito: ___ Convênio: _____ Setor: _____

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

Cód. MED-177261