

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:		
NÚMERO DO ATENDIMENTO:	Nº PRONTUÁRIO:	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	IDADE:	SEXO: FEM. () MASC.() N/A ()
NOME DA MÃE:		
LEITO DE ORIGEM DO PACIENTE:		

INFORMAÇÕES E RESERVAS

CIRURGIA PROPOSTA:	
DATA DA CIRURGIA: ____/____/____	HORA DESEJADA: ____h: ____min
NATUREZA DO AGENDAMENTO: () ELETIVA () URGÊNCIA	
MODALIDADE DO AGENDAMENTO: () INTERNADO () AMBULATÓRIO () HOSPITAL-DIA	
LATERALIDADE: () DIREITA () ESQUERDA () BILATERAL () NÃO SE APLICA	
TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO APLICADO? OBRIGATÓRIO. () SIM () NÃO	
PARECER CARDIOLÓGICO SOLICITADO? OBRIGATÓRIO. () SIM () NÃO	
PARECER ANESTESIOLOGISTA SOLICITADO? OBRIGATÓRIO. () SIM () NÃO	
RESERVA DE HEMODERIVADOS? () C. H () PLASMA () PLAQUETAS. _____	
RESERVA DE UTI? () SIM () NÃO	

OPME / MATERIAIS DE ALTO CUSTO

OPME? ESPECIFICAÇÃO: _____
PLACA BLOQUEADA: SIM () NÃO () NÚMERO DA PLACA? _____ QUANTIDADE DE FUROS: _____
NÚMERO SIGA: _____
OUTROS MATERIAIS DE ALTO CUSTO: _____

RESPONSÁVEL PELO PRÉ AGENDAMENTO

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO: _____	DATA: ____/____/____
------------------------------------	----------------------