

<b>PACIENTE:</b>	
<b>DATA DO CANCELAMENTO:</b> ____/____/____	<b>SETOR/LEITO:</b>
<b>PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROPOSTO:</b> _____ _____	
<b>MOTIVO DO CANCELAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> SEM CONDIÇÕES CLÍNICAS. ESPECIFICAR: _____ _____	
<input type="checkbox"/> AUSÊNCIA DE LEITO DE UTI	
<input type="checkbox"/> RECUSA DO PACIENTE	
<input type="checkbox"/> MATERIAL EM CONDIÇÕES INADEQUADAS/INDISPONÍVEL	
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE MATERIAL SOLICITADO	
<input type="checkbox"/> AUSÊNCIA DE HEMOCOMPONENTE COMPATÍVEL	
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE CONDUTA DO MÉDICO CIRURGIÃO / TRATAMENTO CONSERVADOR	
<input type="checkbox"/> PRIORIZAÇÃO DE CIRURGIAS DE URGÊNCIA	
<input type="checkbox"/> SEM TEMPO HÁBIL DEVIDO A: _____	
<input type="checkbox"/> PREPARO INADEQUADO PARA CIRURGIA, ESPECIFICAR: _____ _____	
<input type="checkbox"/> OUTROS. ESPECIFICAR: _____ _____	
<input type="checkbox"/> PACIENTE AUSENTE:	
<input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> NÃO COMPARECEU	

\_\_\_\_\_  
**Carimbo/Assinatura Do Cirurgião e/ou Anestesiologista**

\_\_\_\_\_  
**Carimbo/Assinatura Do Enfermeiro**