

NOME: _____ PRONTUÁRIO: _____

IDADE: _____ TELEFONES: () _____ RETORNO PREVISTO: ____/____/____

TIPO DE CIRURGIA: _____ DATA: ____/____/____ ASA: _____

1º CIRURGIÃO: _____ 2º CIRURGIÃO: _____

ANESTESISTA: _____ DURAÇÃO DA CIRURGIA: ____:____ ÀS ____:____ HS.

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: [] NÃO [] SIM QUAL: _____ DOSE: _____

CLASSIFICAÇÃO CIRURGIA: [] L [] C [] PC [] INF POSSUI: PRÓTESE [] SIM [] NÃO - ÓRTESE/SÍNTESE [] SIM [] NÃO

AMBULATÓRIO DE EGRESSO:

CHECK-LIST (Responda Sim ou Não)	1º RETORNO	2º RETORNO	3º RETORNO	4º RETORNO	5º RETORNO
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Apresentou febre acima de 37,5°C?					
Apresentou vermelhidão nos pontos?					
Queixa de dor no local (intensa)?					
Pús no local da incisão?					
Os pontos abriram					
Teve re-internação após cirurgia?					
Fez uso de antibiótico?					
Qual?					
Quantos dias?					

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS: _____

BUSCA FONADA (SCIH fará contatos subsequentes caso necessário):

CONTATO	QUANTOS DIAS DE CIRURGIA?	DATA	HORA	QUEM ATENDEU	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA
1ª LIGAÇÃO		____/____/____				
2ª LIGAÇÃO		____/____/____				
3ª LIGAÇÃO		____/____/____				
4ª LIGAÇÃO		____/____/____				
5ª LIGAÇÃO		____/____/____				

NOTIFICAÇÕES:

Critério para ISC: [] Sim [] Não Classificação: [] ISC superficial [] ISC profunda [] ISC órgão/espaço

Notificação Diretor Técnico: ____/____/____ Notificação Médico Assistente: ____/____/____

Enfermeiro Responsável SCIH / HEC: _____