

Nome Completo do Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Data do Preenchimento: ____/____/____ Setor de Origem: _____

Documentação Necessária

		SIM	NÃO	NA
1.	Autorização de Internação Hospitalar (AIH)			
2.	Termo de Internação e Serviços Hospitalares assinado			
3.	Termo de Ciência e Consentimento Esclarecido para Procedimentos Cirúrgicos			
4.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Anestesia			
5.	Risco Cirúrgico: Eletrocardiograma (); Hemograma (); Creatinina (); Ureia () Eletrólitos (); Testes de coagulação (); RX de Tórax ()			
6.	Exames Diversos: Outros RAIO X () Tomografia () USG () Ressonância Magnética () Ecocardiograma () Outros: _____			
7.	SAEP-Sistematização da Assistência de Enfermagem Pré Operatório			
8.	Evolução Médica			
9.	Prescrição Médica			
10.	Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) Completa			

➤ **Observações importantes:**

- Anexar todos os documentos no **prontuário físico do paciente**, respeitando as ordens de divisão/separação dos documentos de prontuário.
- Atentar para o preenchimento dos formulários com carimbo/assinatura.

Assinatura e Carimbo do Responsável do Setor de Origem

Assinatura e Carimbo do Responsável do Centro Cirúrgico