



COMPLEXO HOSPITALAR ASTROGILDO DE AZEVEDO
SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

Paciente: Idade: D.N.: Sexo () F () M
CPF: Convênio: Fone:
Data reservada:/...../..... Horário início: Tempo previsto para o procedimento: hora(s)
Caráter do Procedimento: () Urgência / Emergência () Eletivo () Ambulatorial
() Parto Normal () Cesariana Eletiva () Cesariana Urgência

Diagnóstico (motivo da cirurgia): CID:
..... CID:

Procedimento Solicitado: Código
..... Código
..... Código
..... Código

Explante ou possível explante: () Não () Sim - Protocolo Explante

Bloco Cirúrgico: () Hospital de Caridade () Pequenas cirurgias (Alcides Brum)
() Sala Híbrida () Maternidade
() Alcides Brum () Pronto Socorro

Procedimento com anestesia () Sim () Não – Clínica
Avaliação pré-anestésica: () Sim () Não
Avaliação cardiológica () Sim () Não

Necessidade de Equipamentos Especiais:

() Angio Jet	() Eco – Endoscópio	() Microscópio Zeiss Pico
() Balão Intra-aórtico	() Ecocardiograma Transesofágico	() Perfurador com serra Aesculap (Bateria)
() Bisturi Ultracission	() FACO	() Perfurador sem serra Aesculap (Bateria)
() Bomba de CEC	() Flotrac	() Perfurador com serra Nitrogênio (CAD)
() Bomba Injetora	() Garrote pneumático	() Serra Cardíaca
() Bomba retorno venoso	() Intensificador de imagem Philips –	() Serra de Gesso
() Broncoscopia	Simens – Shimadzu	() Torre Pentax
() Cabeçote Neuro	() Laser	() Torre de vídeo nº
() Cistoscopia	() Liga Sure	() Ultrassom Ivus
() Colchão/manta térmica	() Lipo aspirador	() Ureterscopia Rígido
() Craniótomo () Craniótomo Air Pen Drive	() Lithotritor Ultrasônico	() Ureterscopia flexível
() Craniótomo Medtronic	() Mesa Ortopédica	() Equipamento de Ultrassom
() Dermátomo	() Microscópio Zeiss Pentero	() Outros

Hemoderivados (reserva): () Glóbulos unid. () Plaquetas unid. () Plasma unid.
() outros

Necessidade de UTI no pós-operatório:
() UTI-Geral () UCOR () UTI-Neuro () UTI-Cirúrgica () UTI-PED () UTI-Neo

* Médico assistente deve solicitar reserva de leito com médico intensivista.

Materiais necessários (OPME):

.....
.....
.....
.....

Possível do uso de materiais extras OPME (exemplo grampeador):

.....
.....
.....
.....
.....

_____/_____/_____
Data

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

Cremers



COMPLEXO
HOSPITALAR
ASTROGILDO
DE AZEVEDO