

Dados do(a) paciente

Nome: _____ I.H. _____

Convênio: _____ Matrícula: _____

Diagnóstico: _____

Sexo: ☐ M ☐ F Data Nasc. ____/____/____ Id. _____ Peso _____ Kg. Altura _____ m. Tel.: _____

Data da Cirurgia: ____/____/____ às ____ h. ____ min. Previsão de tempo de cirurgia _____

Cirurgia a ser realizada _____ **AMB:** _____

CID 10: _____

Eletiva ☐ Urgência ☐ Contaminada ☐ Reserva de U.T.I.: ☐

Equipe Cirúrgica

Cirurgião: _____ C.R.M.: _____

Telefones: _____ Fax: _____ E-mail: _____

1º Assistente: _____ 2º Assistente: _____

Instrumentador(a): _____

Anestesista: _____ Tipo de Anestesia: _____

Biópsia de Congelação: ☐ SIM ☐ NÃO Hora: ____:____

Materiais, Instrumentais, Equipamentos, Medicamentos

☐ RX	☐ Vídeo Laparoscópio	☐ Cell Saver	☐ Bio-Pump
☐ Radioscopia	☐ Vídeo Artroscópio	☐ Eco Transesofágico	☐ Equipamento p/ Ablação
☐ Microscópio	☐ Bisturi Ultrassônico	☐ Serra Elétrica	☐ Perfurador Neuro
☐ Mesa Ortopédica	☐ Bisturi p/ Ablação	☐ Balão Intraórtico	☐ Perfurador Ortopedia

Materiais de prótese a serem utilizados

Especificação Completa (Nome / Tipo / Modelos) _____

Solicitado por: _____ Ass. Enfermeiro(a) _____ Data _____ Horário _____

Esta solicitação deverá ser encaminhada à Central de Reservas pelo Fax (011) 3889-8403 com no mínimo 24 horas de antecedência.