

PLANO TERAPÊUTICO  
SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME PACIENTE:

NASCIMENTO:

CONVÊNIO:

DEFINIÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO

Hipótese Diagnóstica:

Cirurgia Proposta:

HISTÓRIA PREGRESSA

Comorbidades?

☐ DM

☐ HAS

☐ DPOC

☐ I. RENAL

☐ Oncológico

☐ Risco Habitual

História de Alergias?

☐ NÃO

☐ DESCONHECE

☐ SIM

Quais:

☐ LÁTEX

☐ IODO

Uso de Medicação Domiciliar?

☐ NÃO

☐ DESCONHECE

☐ SIM

Lista Medicamentos e Horários:

Demais informações importantes:

EXAMES

Exames externos disponíveis:

☐ Laboratoriais

☐ RX

☐ TC

☐ US

☐ RNM

☐ ECG

☐ OUTROS

INFORMAÇÕES CIRÚRGICAS

Topografia/Lateralidade Cirúrgica: ☐ NA ☐ Direito ☐ Esquerdo ☐ Bilateral ☐ Múltiplos Níveis

Necessita de Vaga no CTI? ☐ SIM ☐ NÃO

Necessita de Reserva de Hemocomponentes? ☐ NÃO ☐ SIM (Se sim, preencher Formulário de Reserva)

Necessidade de congelamento (Anátomo Patológico) intra-operatório: ☐ NÃO ☐ SIM

Anestesia Local: ☐ SIM ☐ NÃO

Necessário preparo cirúrgico? ☐ NÃO ☐ SIM Qual:

EQUIPAMENTOS / APARELHOS / OPME

Equipamentos: ☐ NÃO ☐ SIM

☐ Intensificador de Imagem

☐ Torre de Vídeo

☐ Microscópio

☐ Fonte de Luz

☐ Outros:

OPME: ☐ NÃO ☐ SIM

Medicamentos Especiais:

DATA E HORÁRIO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

Data da Cirurgia:

Horário:

Previsão duração cirurgia:

Necessário Internar em data anterior a data da cirurgia? ☐ NÃO ☐ SIM

Justificativa do motivo:

PREVISÃO DA PERMANÊNCIA HOSPITALAR:

(DIAS)

Assinatura/Carimbo Médico  
MÉDICO SOLICITANTE

OBSERVAÇÕES/ ORIENTAÇÕES: