



ADMISSÃO E SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO

Paciente: _____
Sexo: ☐ Fem. ☐ Masc. Data Nasc. ____/____/____ Idade: _____ Convênio: _____
Médico Solicitante: _____ Serviço: _____
Data de Solicitação da Internação: _____ Data Prevista da Cirurgia: ____/____/____

HMA

Anamnese

HISTÓRIA PREGRESSA

Comorbidades? ☐ Não ☐ Desconhecido ☐ Sim ☐ DM ☐ HAS ☐ DPOC ☐ I. Renal ☐ Outros
História de Alergias? ☐ Não ☐ Desconhecido ☐ Sim, Quais?
Uso de Medicação Domiciliar? ☐ Não ☐ Desconhecido ☐ Sim, Quais/Quando?
Outras informações importantes? _____

EXAME FÍSICO

Temp: ____ °C PA: ____/____ mmHg FC: ____ bpm FR: ____ irpm Pulso: _____

DEFINIÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO

Hipótese Diagnóstica/ CID: _____

EXAMES

Exames a serem realizados:

☐ Laboratoriais ☐ RX ☐ TC ☐ US ☐ RNM ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

Exames externos disponíveis:

☐ Laboratoriais ☐ RX ☐ TC ☐ US ☐ RNM ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

INFORMAÇÕES CIRÚRGICAS

Tipo de Procedimento Cirúrgico Previsto: _____

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

Necessidade de Reserva de Hemocomponentes? ☐ Sim ☐ Não (Se sim, preencher Formulário de Reserva).

Necessidade de vaga no CTI? ☐ Sim ☐ Não

Anestesia local: ☐ Sim ☐ Não

MATERIAIS/APARELHOS PARA O PROCEDIMENTO

☐ Ótica ☐ Intensificador de imagens ☐ Aspirador de secreção ☐ Microscópio ☐ Manta térmica

☐ Vídeo ☐ Fonte de Luz ☐ Eletrocautério de Argônio

☐ OPME – Quais? _____

CONDUTA

Orientações Especiais/Restrições? _____

Jejum ____/____/____ a partir das ____ horas.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

☐ Enfermeiro ☐ Fisioterapia ☐ Nutricionista ☐ Médico Especialista: _____

☐ Outros: _____

PREVISÃO DE PERMANÊNCIA _____ Dias

À Portaria:

Solicito internar o paciente acima sob os cuidados de Dr. (a) _____

Assinatura/ CRM _____ Data: _____