

Nome: _____
 RG: _____ Idade _____
 Convênio _____
 Data _____ RA _____

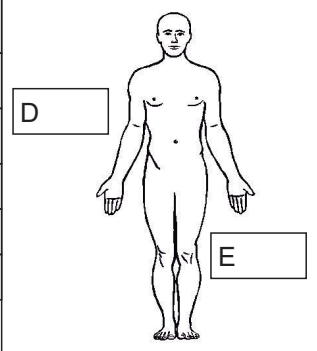
Esta solicitação deverá ser encaminhada pelo e-mail: agendamentocirurgico@hospitaligesp.com.br com no mínimo 72 horas de antecedência (ou conforme prazo de liberação da operadora).

Confirmada: Não Sim Por _____ às _____ h.
 Data da Cirurgia: _____ às _____ h _____ min. Previsão de Tempo de Internação: _____

Dados do(a) Paciente

Nome: _____ Data de Nasc. _____
 Convênio: _____ Categoria/Plano: _____ Nº da Carteirainha: _____
 Diagnóstico: _____ Data de Internação _____
 Sexo: F M Idade: _____ Telefone (Res.): _____ Telefone (Cel.): _____

Cirurgia a ser realizada

Alergia: _____ Isolamento <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
CID 10: _____	Cód TUSS: _____	Reserva de UTI: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência	Contaminada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tempo Cirúrgico _____ h.		

Equipe Cirúrgica

Cirurgião: _____ CRM: _____
 Tels.: _____ E-mail: _____
 1º Auxiliar: _____
 2º Auxiliar: _____
 Serviço de Anestesia: Casa Próprio/Nome: _____ CRM: _____
 Tipo: Local Sedação Bloqueio Geral **Biópsia de Congelação:** Sim Não
 Lab Patologia: _____

Materiais, Instrumentais, Equipamentos e Medicamentos

RX Scopia Mesa Ortopédica Garrote Pneumático Lipoaspirador Cabeceira Neuro Microscópio Vídeo Laparoscópio
 Outros _____ Material Síntese/Prótese/OPME Nome de 3 fabricantes: _____
 Material Síntese/Prótese/OPME / Especificações: _____ 1) _____
 _____ 2) _____
 _____ 3) _____

Reserva de Componentes Sanguíneos:

C. Hemácias: _____ unidades Plasma Fresco Congelado: _____ unidades
 C. Plaquetas: _____ unidades Crioprecipitado: _____ unidades

**EM CASO DE DÚVIDAS,
CONSULTE O PROTOCOLO
INSTITUCIONAL**

OBSERVAÇÃO: _____
 As solicitações de componentes autólogos deverão ser discutidos com o hematologista/hemoterapeuta. Contato (11) 3147 6330

Cirurgião credenciado ao convênio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da Solicitação: _____	Horário da Solicitação: _____
Assinatura do Médico	Carimbo	