

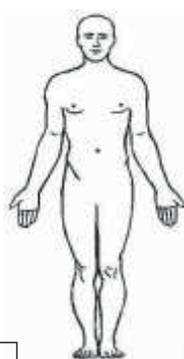
Esta solicitação deverá ser encaminhada pelo e-mail: [agendamentocirurgico@hospitaligesp.com.br](mailto:agendamentocirurgico@hospitaligesp.com.br) com no mínimo 72 horas de antecedência (ou conforme prazo de liberação da operadora).

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: ____/____/____	
Antecedentes: <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Marcapasso <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Idade: _____	Telefone (Res.): _____	Telefone (Cel.): _____

**Cirurgia a ser realizada**

Nome da Cirurgia: _____	 D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/>
Cód. TUSS: _____	
Nome da Cirurgia: _____	
Cód. TUSS: _____	
Nome da Cirurgia: _____	
Cód. TUSS: _____	
Alergia: <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Outras alergias: _____	
Isolamento: <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Não	
CID 10: _____	Reserva de UTI: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Próprio/Nome: _____	CRM: _____
Tipo: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Bloqueio <input type="checkbox"/> Geral	
Patologista em sala: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Laboratório: _____

**Materiais, Instrumentais, Equipamentos e Medicamentos**

<input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Scopia <input type="checkbox"/> Mesa Ortopédica <input type="checkbox"/> Garrote Pneumático <input type="checkbox"/> Lipoaspirador <input type="checkbox"/> Cabeceira Neuro <input type="checkbox"/> Microscópio <input type="checkbox"/> Vídeo Laparoscópio <input type="checkbox"/> Outros: _____	Nome de 3 fornecedores:
Materiais especiais: _____	1) _____
_____	2) _____
_____	3) _____

<b>Reserva de Componentes Sanguíneos:</b> C. Hemácias: _____ unidades      Plasma Fresco Congelado: _____ unidades C. Plaquetas: _____ unidades      Crioprecipitado: _____ unidades	<b>EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTE O PROTOCOLO INSTITUCIONAL</b>
<b>OBSERVAÇÃO:</b> _____ As solicitações de componentes autólogos deverão ser discutidos com o(a) hematologista/hemoterapeuta. Contato (11) 3147 6330	

Cobrança de honorários médicos: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Reembolso	Data da Solicitação: _____	Horário da Solicitação: _____
Assinatura do(a) Médico(a)	Carimbo	