

Agendado por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Unidade: Paulista Vergueiro Campo Belo

## DADOS DO PACIENTE

Nome completo: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Sexo: F M CPF ou Passaporte ou RNE: \_\_\_\_\_

Telefone: Res.: \_\_\_\_\_ Telefone: Cel.: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_ Plano associado: \_\_\_\_\_

Matrícula do convênio: \_\_\_\_\_

Acomodação: Apartamento Enfermaria

Eletiva	Urgência	Paciente internado	Internação na véspera
O paciente é Testemunha de Jeová?			SIM NÃO
Alergia ao Látex?			SIM NÃO
Portador de necessidades especiais e/ou mobilidade reduzida?			SIM NÃO
Utiliza marca-passo?			SIM NÃO

## SOLICITAÇÃO AGENDAMENTO CIRÚRGICO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ Tempo de Cirurgia: \_\_\_\_\_

Diária: Day Clinic Apto UTI

OPME: SIM NÃO

AMB ou TUSS	Procedimento Cirúrgico	CID:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LATERALIDADE	RESERVA DE UTI	TIPAGEM SANGUÍNEA	CONGELAÇÃO	CIRURGIA
Bilateral	Sim	Sim	Sim	<b>INTRABEAM</b>
Lado esquerdo	Não	Não	Não	Sim
Lado direito		Concentrado de plasma	Externo:	Não
Não se aplica		Concentrado de plaquetas	_____	Procto: _____
Região: _____		Concentrado de hemácias	Hospital:	
		Quantidade: _____	_____	

## CIRURGIA ROBÓTICA

Sim Procto: \_\_\_\_\_

Não **Medico:** \_\_\_\_\_

**CRM:** \_\_\_\_\_

**Assinatura/Carimbo médico:** \_\_\_\_\_

## DADOS DA EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião Responsável: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Tel. (consultório): \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Código da Clínica na Operadora: \_\_\_\_\_ Repasse via hospital

*Convênio Central Nacional Unimed: para honorário particular é obrigatório o envio do termo de consentimento assinado pelo paciente.*

## DADOS DA EQUIPE ANESTÉSICA

SMA- Unidade Paulista

Anestesia Local

Nome: \_\_\_\_\_

TAKAOKA- Unidade Vergueiro

Anestesista Externo

CRM: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO / JUSTIFICATIVA MÉDICA

---

---

---

---

---

---

---

---

## EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA CIRURGIA

Afastador _____	Fotóforo	Microscópio Pentero	Sequel
Aspirador ultrassônico	Garrote pneumático	Microscópio Zeiss S8	TROLLEY Endoscopia
Bisturi ultrassônico	Histeroflator	Molde de prótese	Ureteroscópio flexível
Bisturi Valleylab	Laser (URO)	Neuro navegador	Ureteroscópio rígido
Cabeceira Mayfield	Lipoaspirador	Ótica. Qual? _____	USG Sonosite (portátil)
Cx Shukla	Litrotridor	Perfurador (Bateria)	USG CDI
Cell Saver	Manta térmica	Perfurador (Pneumático)	VATS
Cistoscópio	Mesa de mão	Perneira / Bota	Wavetronic
Craniotomo Midas	Mesa de tração	RACK Vídeo	Outros _____
Pneumático	Mesa orto fêmur	Radioscopia / Scopia / RX	_____
Eco transesofágico	Mesa orto ombro	Ressectoscópio	<b>Marcação mamária/Gama probe:</b>
Enteroscópio			Externo: _____
			Hospital: _____

Assinatura/Carimbo médico: \_\_\_\_\_

### MATERIAIS ESPECIAIS - OPME (Indicar 3 opções de fabricantes diferentes)

Especificação (nome, modelo e tamanho)	Qtde	1ª Opção	2ª Opção	3ª Opção

Será utilizado serviço de Monitorização Intraoperatória?    SIM    NÃO

Se sim, indicar qual a equipe:

\_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data:    /    /

Assinatura/Carimbo médico: \_\_\_\_\_