

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO

DADOS DO PACIENTE

Solicito internação do(a) Sr(a).:

Data de nascimento (dd/mm/aaaa):

Data/hora da internação (dd/mm/aaaa) (hh:mm):

h m

Previsão de alta (dd/mm/aaaa):

Hipótese diagnóstica principal:

Cirurgia ou procedimento planejado:

Prescrição Médica e Recomendações	Doses	Via	Frequência	Horário

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA / PRÉ-PROCEDIMENTO

1. História Clínica e Exame Físico

2. Exames Complementares

3. Cuidados Cirúrgicos e Clínicos Planejados / Cuidados Pós-cirúrgicos / Pós-procedimentos

4. Recomendações e Cuidados Pós-alta

5. Existe consideração relevante nos aspectos:

Emocional Não Sim

Quais?

Psicológico Não Sim

Quais?

Espiritual, Cultural, Valores Não Sim

Quais?

São Paulo, de de

Hora :

Assinatura

Nome CRM / CRO

Para preenchimento após internação:

Data/hora (dd/mm/aaaa) (hh:mm) :

/ / h m

Houve alguma alteração desta avaliação ou do planejamento cirúrgico? Não Sim

Se sim, quais?

Assinatura

Nome CRM / CRO