

PLANEJAMENTO OPERATÓRIO

Data: / /
Nome:
Idade: anos Data de Nascimento: / /
1. Queixas e duração:
2. História clínica:
3. Exames físicos:
4. Exames laboratoriais: () Não () Sim <i>(enviar com o paciente no dia da internação)</i>
5. Exames de imagem: () Não () Sim <i>(enviar com o paciente no dia da internação)</i>

6. Realizou avaliação clínica anterior à internação : () Não () Sim *(enviar com o paciente no dia da internação)*

Data: _____ Especialidade: _____

7. Faz uso de medicações que deva ser suspensa para que o procedimento possa ser realizado:

() Não () Sim: () Aspirina () Anticoagulante oral/injetável () Anticoagulante plaquetário

() Antidepressivo IMAO () Fitoterápicos (*chá verde, cápsula de alho, Gincobiloba, etc.*)

() Outros: _____

8. Diagnóstico principal (*motivo da internação*):

9. Diagnósticos secundários: () Hipertensão arterial () Diabetes Mellitus () Doença renal

() Cardiopatia () Pneumopatia () Outros: _____

10. Procedimento proposto:

Data da internação: _____ Horário: _____ h

Data do procedimento: _____ Horário: _____ h

Início do jejum pré-operatório: _____ Horário: _____ h

Necessário tricotomia: () Não () Sim - local:

Necessário antibiótico, terapia profilática: () Não () Sim (*utilizar protocolo do hospital*)

Necessário reserva de sangue: () Não () Sim (*solicitar no momento do agendamento da cirurgia*)

Necessário reserva de UTI: () Não () Sim (*solicitar no momento do agendamento da cirurgia*)

Data provável da alta: _____

11. Lateralidade: () Não () Sim - membro/região:

() Direito () Esquerdo

12. Prescrição médica

Hora	Medicamento	Dose	Via	Horário/executante