



## FORMULÁRIO

### Check List de Agendamento Cirúrgico



Código: FOR GESL 001- 00

Data da Revisão: 23/07/15

Páginas: 1 de 1

AVISO DE CIRURGIA	
Nome do paciente:	
Telefones:	Data do Agendamento:
Data de Nascimento:	Data do Procedimento:
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	Hora do Procedimento:
Necessidade Especial: ( ) SIM ( ) NÃO	Tempo Previsto:
	Acomodação: ( ) Apartamento ( ) Enfermaria
Qual a necessidade especial: _____ _____ _____	Troca de acomodação: ( ) Apartamento para suíte ( ) Enfermaria para suíte ( ) Enfermaria para apartamento
Convênio:	( ) Externo
Nº carteirinha:	( ) Interno
Procedimento Principal e Adicionais:	Sala Cirúrgica: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 6
Alergia à Látex: ( ) SIM ( ) NÃO	Equipamentos Necessários:
Outras Alergias: ( ) SIM ( ) NÃO	( ) Arco em C
Citar Alergias:	( ) Ligasure
Reserva de Sangue: ( ) SIM ( ) NÃO	( ) Mesa Elétrica
Reserva de UTI: ( ) SIM ( ) NÃO	( ) Mesa Urológica
Congelação: ( ) SIM ( ) NÃO	( ) Mesa Vasculár
Nome do Laboratório Congelação:	( ) Torre de Vídeo _____
	( ) Outros: _____
Fratura: ( ) SIM ( ) NÃO	Instrumentadora da CSSS: ( ) SIM ( ) NÃO
Necessidade de Implante: ( ) SIM ( ) NÃO	Cirurgião Responsável:
Materiais Especiais OPME: ( ) SIM ( ) NÃO	Responsável pelo agendamento:
Nome do Fornecedor OPME:	Médico (ou responsável):
	CSSS:
Lateralidade: ( ) DIREITO ( ) ESQUERDO ( ) AMBOS ( ) NÃO SE APLICA	
Tipo de Anestesia: ( ) GERAL ( ) RAQUI ( ) BLOQUEIO ( ) SEDAÇÃO ( ) NÃO SE APLICA	
<b>Observações:</b>	