

DADOS DO PACIENTE

Nome _____ Data nascimento ____/____/____ Idade _____
 Sexo () feminino () masculino Peso: __, __ gramas; Tel. do Responsável: _____
 Particular () Convênio () Qual: _____ Número do cartão _____
 Plano _____ Centro Excelência () Sim () Não Tipo de acomodação () apartamento () enfermaria

RESPONSÁVEL DO PACIENTE (PAIS OU RESPONSÁVEL LEGAL)

Nome do responsável _____ Grau de parentesco _____
 Telefone (s) / Celular: _____ Email _____

DADOS EQUIPE MÉDICA

Cirurgião (ã) _____ CRM _____
 Credenciado ao convênio () sim () não Honorários médicos cobrança via () hospital () consultório
 Anestesiologista _____ CRM _____ () hospital () equipe médica

DADOS PARA AGENDAMENTO

Cirurgia () eletiva () urgência Referente internação: () está internada no HIS () internará véspera
 Data da cirurgia ____/____/____ Horário _____ () Internará no dia cirúrgico.
 Tempo de cirurgia _____. Regime de internação na chegada ao hospital () Day Clinic () Diária () UTI

DADOS DA CIRURGIA

Indicação/ Justifica _____

	Código TUSS/AMB	Descrição do procedimento	Quantidade	Particular
1				() sim () não
2				() sim () não
3				() sim () não
4				() sim () não
5				() sim () não
6				() sim () não
7				() sim () não
8				() sim () não
9				() sim () não
10				() sim () não

Necessitará de reserva de UTI pós-operatório () Não () Sim, motivo _____
 Anátomo Patológico () Sim () Não Biópsia de Congelamento/Patologista em sala () Sim () Não
 Laboratório _____ Órgão/Produto _____

Data ____/____/____

 Assinatura e carimbo

DADOS CAIXAS, EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E/OU MEDICAMENTOS DO HOSPITAL

CAIXAS /INSTRUMENTAIS			
EQUIPAMENTOS	<input type="checkbox"/> Perfurador Manual <input type="checkbox"/> Perfurador Colibri <input type="checkbox"/> Serra Synthes - nitrogênio <input type="checkbox"/> Perfurador Midas <input type="checkbox"/> Cart odontológico <input type="checkbox"/> Raio X odontológico <input type="checkbox"/> Arco cirúrgico <input type="checkbox"/> Aspirador ultrassônico- SONOCA <input type="checkbox"/> Rack de vídeo <input type="checkbox"/> Cistoscópio <input type="checkbox"/> Ureterocistoscópio ou cistoscópio de refluxo <input type="checkbox"/> Microscópio Zeiss <input type="checkbox"/> Microscópio Oftalmológico DF <input type="checkbox"/> Neuroendoscópio <input type="checkbox"/> _____ Fornecedor _____ <input type="checkbox"/> _____ Fornecedor _____ <input type="checkbox"/> _____ Fornecedor _____		
MATERIAIS/MEDICAMENTOS			

* Anti-neoplásico preencher formulário específico e medicamento que houver especificidade esta deve ser descrita

DADOS DE OPME (Órteses Próteses Materiais Especiais) – Se aplicável

	Quantidade	Descrição do material	Fornecedor ** (1ª opção)	Fornecedor (2ª opção)	Fornecedor (3ª opção)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

** se indicado apenas 01 (um) fornecedor é necessário relatório com a justificativa da exclusividade

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Testemunha de Jeová sim não. Restrição alimentar de cunho religioso Não Sim Qual: _____

Reserva de hemoderivados não sim, especificar _____

Alergias não sim, especificar _____

Risco de Hipertermia Maligna Não Sim – Protocolo reserva de UTI no Pós Operatório.

Portador de deficiência não sim, especificar _____

Necessita de suporte de Oxigênio: ar ambiente ventilação mecânica bipap outros _____

Utiliza dispositivo (s): Cânula de traqueostomia Sonda de gastrostomia Cateter venoso central outros _____

Observações _____

Central de Agendamento: Email: agendamento@sabara.com.br Telefone: + 55 11 2155-9330

WhatsApp 11 974689702

Data ____/____/____

Assinatura e carimbo