



MEMORIAL  
SÃO JOSÉ  
HOSPITAL E CLÍNICAS

HUMANO COMO VOCÊ.

## Avaliação Médica Pré-Cirúrgica

Identificadores Institucionais:

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

Prontuário \_\_\_\_\_

(preencher se não estiver com etiqueta)

Data de Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data do Procedimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Diagnóstico (s) Pré-Operatório:

Procedimento proposto:

Nº de dias previsto de internação: \_\_\_\_\_

Queixa principal/ Motivo de Admissão:

História da doença atual:

Tratamentos prévios:  NA

Medicações atuais:  NA

Exame físico Pré – operatório:

Plano Cirúrgico:

Dieta:

Antibioticoterapia:

Profilaxia de TEV:

Outros:

Exames Pré – operatórios alterados:  Sim  Não

Parecer cardiológico:  Sim  Não  NA

V. 12/2015

\_\_\_\_\_  
Médico (a)/ Dentista – Assinatura e Carimbo

## Ficha Cirúrgica

Identificadores Institucionais:

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

Prontuário: \_\_\_\_\_

(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h

**Diagnóstico (s) Pré-Operatório:**

**Procedimento(s):**

Cirurgião: \_\_\_\_\_ 1º auxiliar: \_\_\_\_\_

2º auxiliar: \_\_\_\_\_ 3º auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador (a): \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de anestesia: \_\_\_\_\_

### Descrição Cirúrgica

**OPME:**

**Diagnóstico(s) Pós – operatório:**  Mantido  Alterado Qual?

**Complicações durante ato operatório:**  Sim  Não

Qual?

**Houve perda Sanguínea importante?** Sim  Não  **Uso de Hemocomponentes?** Sim  Não

**Envio de material Histopatológico:**  Sim N° de peças \_\_\_\_\_  Não

**Plano de cuidados pós- operatório: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA**



**MEMORIAL  
SÃO JOSÉ**  
HOSPITAL E CLÍNICAS

## Sumário de Alta

Identificadores Institucionais:

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

Prontuário: \_\_\_\_\_

(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA DA ALTA:

HORA:

MOTIVO DA ADMISSÃO:

DIAGNÓSTICO(S) ATUAL (IS)

COMORBIDADES:

SIM  NÃO  Quais: \_\_\_\_\_

ACHADOS CLÍNICOS RELEVANTES

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS (RESULTADOS COM O PACIENTE)

CONDIÇÕES DO PACIENTE NA SAÍDA/DESTINO

Curado  Melhorado  Óbito

PLANEJAMENTO DE ALTA

Medicamentos a serem tomados em casa:  Não se aplica

Medicamentos	Dose	Via	Frequência	Período

RETORNAR AO CONSULTÓRIO EM \_\_\_\_\_ dias.

**Atenção: Em caso de emergência, comunique-se com seu médico(a) ou dirija-se ao serviço de emergência do Hospital Memorial São José, trazendo consigo esta via.**

\_\_\_\_\_  
Médico (a) /Dentista – Assinatura e Carimbo

1º Via: Paciente – 2º Via: Hospital.

Identificadores Institucionais:

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

Prontuário: \_\_\_\_\_  
(preencher se não estiver com etiqueta)

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS  
(OPERAÇÕES E PROCEDIMENTOS INVASIVOS)**

Pelo presente termo, considerando a necessidade de intervenção cirúrgica, autorizo o médico:

\_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

A realizar o(s) seguinte(s) procedimentos(s) e/ou operação (ões):

\_\_\_\_\_

Urgência

Eletivo

Declaro que:

1. Nas informações que forneci, nada omiti em relação à minha saúde e hábitos.
2. Recebi todas as informações quanto ao(s) procedimentos(s) ou operação(ões) a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, considerando inclusive minhas **condições pessoais**.
3. Os riscos do procedimento são:
  - a) Relacionados ao sítio cirúrgico: Infecção, Hematoma, Deiscência, Hérnia, Queloide;
  - b) Anastomoses: Deiscência, Estenoses, Fístulas;
  - c) Sistema nervoso central e periférico, membros e articulações: Diminuição ou perda completa da função direta ou de estruturas correlacionadas;
  - d) Tromboembolismo venoso, entre outros.
4. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
5. Em caso de procedimento emergencial autorizo a realização de qualquer outro procedimento, seja exame, tratamento e/ou operação (ões), incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que seja(m) solicitados(s) exames com complementares em qualquer órgão ou amostra de tecido (os) removidos durante o procedimento desde que necessário(s) para o esclarecimento diagnóstico e/ou implicações terapêuticas.

**Confirmo que compreendi todas as explicações prestadas pelo médico que irá realizar o procedimento. Concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse tendo ciência que a qualquer tempo poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura:  Paciente  Responsável legal \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_