

# PLANEJAMENTO OPERATÓRIO

Avaliação Médica Inicial em Consultório

**Hospital a internar:** \_\_\_\_\_

**Nome completo:** \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Queixa e Duração: \_\_\_\_\_

História Clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Apresenta Dor:**

Não  Sim:

**Antecedente de Alergia**

Não  Sim:

**Antecedentes Médicos/ Hábitos**

Não  Sim (*preencher os dados positivos*)

Cardiovascular \_\_\_\_\_

Neoplasias \_\_\_\_\_

Respiratório \_\_\_\_\_

Renal/Gênito-urinário \_\_\_\_\_

Neurológico \_\_\_\_\_

Tabagismo \_\_\_\_\_

Endócrino \_\_\_\_\_

Etilismo \_\_\_\_\_

Infeccioso \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

**Exame Físico**(*preencher os alterados*)

Estado Geral:  Bom Regular  Ruim: \_\_\_\_\_

Cardíaco:  Sem Alteração  Alterado: \_\_\_\_\_

Respiratório:  Sem Alteração  Alterado: \_\_\_\_\_

Abdome:  Sem Alteração  Alterado: \_\_\_\_\_

Membros:  Sem Alteração  Alterado: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**Avaliação clínica pré-operatória:**

Não  Sim (*enviar com o paciente no dia da internação*)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

**Exames Laboratoriais:**

Não  Sim (*enviar com o paciente no dia da internação*)

continua no verso



**Exames de Imagem:**  Não  Sim (enviar com o paciente no dia da internação)

**Medicações que devam ser suspensas antes do procedimento** (aspirina, anticoagulante oral/injetável, antiagregante plaquetário, antidepressivo, inibidores de apetite, anfetaminas, Inibidores da MAO, fitoterápicos):

Não  Sim - Qual: \_\_\_\_\_

Suspender \_\_\_\_\_ dias antes do procedimento

**Procedimento Programado:** \_\_\_\_\_

Lateralidade:  Direito  Esquerdo  Níveis/estruturas múltiplas  Bilateral  Não se aplica

**Data Provável da Alta:** \_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DO HOSPITAL

**Data da Internação:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_ :

**Data do procedimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_ : **Início do Jejum Pré-Operatório - Hora:** \_\_\_\_ :

**Tricotomia:**  Não  Sim - Local: \_\_\_\_\_

**Antibiótico Profilático:**  Não  Sim (Seguir o protocolo indicado pelo SCIH)

**Reserva de Sangue:**  Não  Sim (Solicitar no momento do Agendamento da Cirurgia)

**Reserva de UTI:**  Não  Sim (Solicitar no momento do Agendamento da Cirurgia)

**Observações:** \_\_\_\_\_

**Prescrição Médica - Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora	Medicamento	DOSE	VIA	Horário/Executante

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_  
*Nome legível, CRM e Visto ou Carimbo com CRM e visto*

**Avaliação Médica no dia da cirurgia** (para Planejamento operatório preenchido com < de 30 dias)

Dados de Anamnese e Exame Físico permanecem os mesmos verificados no consultório:  Sim  Não

Obs.: \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_  
*Nome legível, CRM e Visto ou Carimbo com CRM e visto*