



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS



Agendamento/Sala Operatória: \_\_\_\_\_

## AVISO E ANOTAÇÃO DE CIRURGIA ELETIVA

Espaço preenchido pelo (a) médico (a)

Data da Cirurgia: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
Nome do Cliente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M  
Clínica: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_  
Estado geral do Cliente: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Grave  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
Cirurgia Proposta: \_\_\_\_\_  
Duração estimada: **CIRURGIA ONCOLÓGICA: ( ) SIM ( ) NÃO**  
Potencial de contaminação da cirurgia: ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Potencialmente Contaminada ( ) Infectante  
Precauções: ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Aerossóis ( ) Gotículas ( ) COVID  
Solicitação de reserva de vaga UTI: ( ) Sim ( ) Não  
Solicitação de reserva de sangue: ( ) Sim ( ) Não  
Cirurgião: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ / 1º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ / 3º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Anestesiologista: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Instrumentador: ( ) Não ( ) Sim  
Preparo pré-operatório: \_\_\_\_\_  
Instrumental cirúrgico: \_\_\_\_\_

Materiais consignados: \_\_\_\_\_

Empresa Consignados: \_\_\_\_\_

Reserva Equipamentos Específicos: Bisturi de Argônio ( ) Bisturi Elétrico ( ) Escopia ( )  
Microscópio Olympus ( ) Microscópio Zeiss ( ) Microscópio Leica ( )  
Torre de Vídeo ( ) Ultrassom ( )

Fios Cirúrgicos: \_\_\_\_\_

Médico responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo (legível)

Enfermeiro Clínica \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h

**ATENÇÃO:** Antes do aviso de cirurgia ser enviado ao centro cirúrgico é necessário a assinatura do (a) enfermeiro (a) da clínica. O médico deve preencher todos os dados por completo e com o nº correto do prontuário do cliente. Caso contrário o aviso poderá ser devolvido.

### LIBERAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE CIRURGIA

AIH: ( ) ELETIVA ( ) COTA DIRETA

PROCEDIMENTO: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**NIR/HC**

Núcleo Interno de Regulação

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

HORAS: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_



*Este campo deve ser preenchido exclusivo pelo NIR- Núcleo Interno de Regulação*