



*Associação Piauiense de Combate ao Câncer Alcenor Almeida*

*Hospital São Marcos*

*Internação Nº*

**\*9999999\***

***Boletim de Anestesia***

*Sala:* \_\_\_\_\_

Nome:

Leito:

Convênio:

Filiação:

Nascimento:

Sexo:

Cirurgião:

Cód. Procedimento:

Cirurgia Realizada:

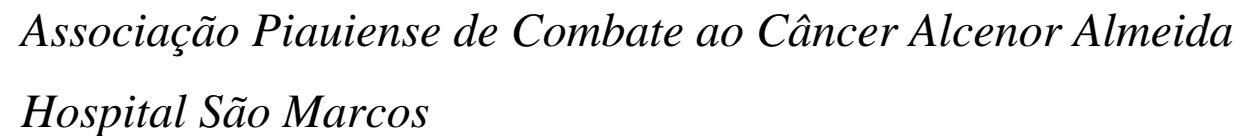
Condições Pré-Operatórias:

Exames Clínicos:

Risco ASA:

Premedicação:

Hora:



**\*9999999\***

*Internação N°*

*Sala:* \_\_\_\_\_

*Sala:* \_\_\_\_\_

Sexo:

Nascimento:

