



GDF - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Hospital: \_\_\_\_\_

**PEDIDO DE INTERNAÇÃO  
E MARCAÇÃO DE CIRURGIA**

DÍGITO TERMINAL

CRON - DATA

SEXO

HBDF - HPAP

INIC. NOME

DIA

MÊS

ANO

1-M

2-F

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

**PEDIDO DE INTERNAÇÃO**

Autorizo internar o paciente na clínica: \_\_\_\_\_ Diagnóstico provisório: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Inexistindo vaga, o paciente ☐ Poderá ser internado em outro hospital ☐ Aguardará existência de vaga.Na hipótese de remoção apres. cond. Físicas ☐ Sim ☐ Não O Pac. Aceita interna-se em outro hensp. ☐ Sim ☐ Não\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data\_\_\_\_\_  
Hora\_\_\_\_\_  
Médico solicitado**PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**

AUTORIZO MARCAR A CIRURG. PARA O DIA:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M T

1° MARCAÇÃO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M T

TURNO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M T

2° MARCAÇÃO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M T

TURNO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M T

3° MARCAÇÃO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M T

TURNO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M T

4° MARCAÇÃO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M T

TURNO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M T

5° MARCAÇÃO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ M T

TURNO

Sala: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CENTRO CIRÚRGICO: ☐ Central ☐ EmergênciaCIRURGIA: ☐ Eletiva ☐ Emergência PACIENTE: ☐ Interno ☐ Externo SANGUE ☐ Sim ☐ NãoQuant. \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: ☐ Sim ☐ Não BISTURI ELÉTRICO☐ Sim ☐ Não Rx: ☐ Sim ☐ Não BIÓPSIA / CONGELAÇÃO ☐ Sim ☐ Não

Cirurgia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_ Previsão: \_\_\_\_\_

Tam. \_\_\_\_\_ Porte: \_\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

1° Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

2° Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Anestesiologista: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Circulante: \_\_\_\_\_

Anestesia tipo: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data\_\_\_\_\_  
Chefe da Unidade\_\_\_\_\_  
Cirurgião**INTERNAÇÃO E ALTA**

O paciente está/será internado na clínica: \_\_\_\_\_

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Aptº: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Andar / ala: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data da Internação\_\_\_\_\_  
Responsável pela Internação**PROCEDIMENTOS TRANSOPERATÓRIOS**

Anatomia: \_\_\_\_\_

Rx: \_\_\_\_\_

Fotografia: \_\_\_\_\_

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

AP. Instrumental: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Foram promovidos e testados: ☐ Sim ☐ Não

Cirurgia iniciada o / atraso motivo: \_\_\_\_\_

Cirurgia suspensa. Motivo: \_\_\_\_\_

**SALA DE RECUPERAÇÃO**

Entrada: \_\_\_\_\_ horas

Saída: \_\_\_\_\_ horas

Destino: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASS. DO ANESTESIOLOGISTA

LEGENDA: M = Manhã T = Tarde