

DEDICADO À VIDA
DESDE 1916

HOSPITAL SANTA VIRGÍNIA

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO – AVISO DE CIRÚRGIA

Identificação do Paciente	Nome Completo:		Data de Nascimento		Idade				
	Sexo: Masculino Feminino		CPF:						
	Plano de Saúde: Convênio Particular		Convênio:		Nº da Carteirainha: Plano:				
	Telefone Residencial:			Telefone Celular:					
Dados do Relatório Médico (Obrigatório para pacientes cirúrgicos)	Regime de Internação: Hospitalar Hospital Dia Ambulatorial Urgência / Emergência								
	Data da Internação:		Qtde. Diárias Solicitadas:		CID 10 Principal:				
	Diagnóstico e Histórico:								
	Orientações e Prescrições Pré-Operatórias								
	Data:		Via:		Frequência:				
	Alergias:					Alergia a Látex			
	Jejum:								
	Data da Cirurgia:		Hora de Início:		Duração hrs:				
	Descrição do procedimento cirúrgico TUSS:				Código TUSS:				
	Região a ser operada:								
	Lateralidade: Não se aplica lateralidade Bilateral Lado direito Lado esquerdo								
	Cirurgia via: Convencional Víde								
	Serviço de Anestesia: Não Sim Externo: Casa: Tipo de Anestesia: Geral Raque Local Sedação								
	Congelação: Não Sim Laboratório:				Reserva UTI: Não Sim				
	Tipagem Sanguínea: Não Sim Reserva Hemocomponente: Não Sim								
	Qual / Qtde:								
	Cirurgião / Médico Responsável:				CRM / CRO:				
	Telefone - Consultório:				Telefone - Celular:				
	Material Especial	Materiais		Quantidade		Fabricante		Fornecedor	
		Compressor pneumático intermitente							
Perneira Meia elástica compressiva									
Retorno/Contato:			Data do aviso:		Carimbo médico e assinatura:				
Contatos agendamento cirúrgico: Email: agendamento.cirurgico@hsv.org.br Telefones: (11) 2799-3495 / (11) 2799-3243 / (11) 2799-3246									