

# ORIENTAÇÃO PARA AGENDAMENTO DE CIRURGIAS

**UNIDADES:** Hospital Vila da Serra Oncobio Hemodinâmica

**DATA:** **HORA:**

**NOME DO PACIENTE:** **CPF:**

**DATA DE NASCIMENTO:** **SE CRIANÇA, IDADE:** **PESO:**

**TELEFONE DO PACIENTE:**

**CONVENIO:** **Nº CARTEIRINHA:**

**ACOMODAÇÃO:** APTO ENFERMARIA

**CODIGO (S) DO PROCEDIMENTO:**

**TEMPO PREVISTO PARA CIRURGIA:**

**ASA:** **CRM:**

**CIRURGIÃO:**

**ALGUM EQUIPAMENTO:**

**RESERVAS:**

**UT SIM NÃO**

**SANGUE SIM NÃO** \*se sim, favor especificar o que será solicitado. O paciente deverá vir ao hospital 48 horas antes do procedimento, com pedido medico ( guia do convenio e guia do hospital, devidamente preenchida, assinada e carimbada), para realizar a tipagem sanguínea. Deverá procurar o banco de sangue.

**CONGELAÇÃO SIM NÃO**

**OPME (ORTESE E PROTESE, MATERIAL ESPECIAL SIM NÃO**

SE SIM, SINALIZAR MATERIAL, QUANTIDADE E FORNECEDOR.