



MEMORIAL
SÃO JOSÉ
HOSPITAL E CLÍNICAS



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA:

HORA:

Queixa principal + História da Doença atual:

Exame Físico:

Hipótese(s) Diagnóstica(s):

Unidade de Internamento: Apartamento UTI Geral UCO Semi-Intensiva

Conduta/Plano de Cuidados:

Cod. 509134

V. 05/2017

Médico (a) / Dentista – Assinatura e Carimbo.



MEMORIAL
SÃO JOSÉ
HOSPITAL E CLÍNICAS

REDE
SÃO LUIZ

Ficha Cirúrgica

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA: __/__/__

HORA: __:__ h

Diagnóstico (s) Pré-Operatório:

Procedimento(s):

Cirurgião: _____ 1º auxiliar: _____

2º auxiliar: _____ 3º auxiliar: _____

Instrumentador (a): _____

Anestesista: _____ Tipo de anestesia: _____

Descrição Cirúrgica

OPME:

Diagnóstico(s) Pós – operatório: Mantido Alterado Qual?

Complicações durante ato operatório: Sim Não

Qual?

Houve perda Sanguínea importante? Sim Não **Uso de Hemocomponentes?** Sim Não

Envio de material Histopatológico: Sim N° de peças _____ Não

Plano de cuidados pós- operatório: VIDE PRESCRIÇÃO MÉDICA



MEMORIAL
SÃO JOSÉ
HOSPITAL E CLÍNICAS



Sumário de Alta

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Prontuário: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

DATA DA ALTA:

HORA:

MOTIVO DA ADMISSÃO:

DIAGNÓSTICO(S) ATUAL (IS)

COMORBIDADES:

SIM NÃO Quais: _____

ACHADOS CLÍNICOS RELEVANTES

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS (RESULTADOS COM O PACIENTE)

CONDIÇÕES DO PACIENTE NA SAÍDA/DESTINO

Curado Melhorado Óbito

PLANEJAMENTO DE ALTA

Medicamentos a serem tomados em casa: Não se aplica

Medicamentos	Dose	Via	Frequência	Período

RETORNAR AO CONSULTÓRIO EM _____ dias.

Atenção: Em caso de emergência, comunique-se com seu médico(a) ou dirija-se ao serviço de emergência do Hospital Memorial São José, trazendo consigo esta via.

Cód.509035

Médico (a) /Dentista – Assinatura e Carimbo

1º Via: Paciente – 2º Via: Hospital.



MEMORIAL
SÃO JOSÉ

REDE DOR
SÃO LUIZ

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

(preencher se não estiver com etiqueta)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS (OPERAÇÕES E PROCEDIMENTOS INVASIVOS)

Pelo presente termo, considerando a necessidade de intervenção cirúrgica, autorizo o médico e sua equipe:

(Nome / CRM) _____

a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s):

em caráter () ELETIVO ou de () URGÊNCIA.

Declaro que:

1. Nas informações que forneci, nada omiti em relação à minha saúde e hábitos.
2. Recebi todas as informações quanto ao(s) procedimento(s) ou operação(ões) a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, considerando inclusive minhas condições pessoais.
3. Os riscos do procedimento são:
 - a) Relacionados ao sítio cirúrgico: infecção, hematoma, deiscência, hérnia, queleide;
 - b) Anastomoses: deiscência, estenoses, fístulas;
 - c) Sistema nervoso central e periférico, membros e articulações: diminuição ou perda completa da função direta ou de estruturas correlacionadas;
 - d) Tromboembolismo venoso, entre outros.
4. Foi-me explicado que os benefícios esperados após a realização desse procedimento são: _____

5. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
6. Em caso de procedimento emergencial autorizo a realização de qualquer outro procedimento, seja exame, tratamento e/ou operação, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Autorizo que seja(m) solicitados(s) exames complementares em qualquer órgão ou amostra de tecido (os) removidos durante o procedimento desde que necessário(s) para o esclarecimento diagnóstico e/ou implicações terapêuticas.

Confirmo que compreendi todas as explicações prestadas pelo médico que irá realizar o procedimento. Concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse tendo ciência que a qualquer tempo poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Médico (a) / Dentista - Assinatura e Carimbo

Assinatura: Paciente Responsável legal _____

Termo preparado com fundamento no art. 59 do Código de Ética Médica e disposições da Lei 8.078/90 - Código de Defesa do Consumidor.



MEMORIAL
SÃO JOSÉ

REDE DOR
SÃO LUIZ

**TERMO E AVALIAÇÃO
PRÉ-ANESTÉSICA**

Identificadores Institucionais:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____
preencher se não estiver com etiqueta

TERMOS DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO

Pelo presente termo, concordo em submeter-me ao seguinte procedimento de anestesia/sedação:

Geral Loco/Regional Sedação / em caráter: Eletivo Urgência

A ser realizado pelo (a) Dr. (a) _____ ou outro anestesista credenciado da equipe.

Declaro que:

1. Autorizo a realização de qualquer procedimento emergencial, bem como mudanças na programação anestésica em situação imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes dos inicialmente propostos.
2. Os riscos anestésicos são: **broncoespasmos, reação anafilática, cefaleia pós-raquianestesia, hipertermia maligna, alterações hemodinâmicas como arritmia e hipotensão, entre outros.**

Confirmando que recebi li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de questionar sobre os pontos com os quais não concordasse tendo ciência que a qualquer tempo poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.

Recife: ____/____/____ _____

Hora: ____:____ Assinatura do Paciente/ Responsável N°IDENTIDADE Assinatura / Carimbo do Médico

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

HD: _____
CIRURGIA PROPOSTA: _____ CIRURGIÃO: _____

ALERGIAS	QUAL?		CIRURGIAS ANTERIORES: QUAL?
PNEUMOPATIAS	QUAL?		PRÓTESE DENTÁRIA
CORONARIOPATIA	QUAL?		OUTROS
DIABETES			
HEPATOPATIA	QUAL?		
HIPERTENSÃO ARTERIAL			
HIPERTERMIA MALÍGNA			

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL:

CORADO: SIM NÃO HIDRATADO: SIM NÃO EUPNÉICO: SIM NÃO ICTÉRICO: SIM NÃO

ACV: _____

AR: _____

ÍNDICE DE MALLAMPATI:



Mallampati I Mallampati II Mallampati III Mallampati IV

MEDICAMENTOS EM USO:

JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO: SIM NÃO PERÍODO: _____

ESTADO FÍSICO (ASA): I II III IV V

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: SIM NÃO QUAL? _____

ANESTESIA PROPOSTA: _____

Recife: ____/____/____ _____

Hora: ____:____ Assinatura e Carimbo do Médico