

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_ Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cirurgia: \_\_\_\_\_ Data de Cancelamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESPECIALIDADE

☐ Bucomaxilo ☐ Cirurgia Geral ☐ Cirurgia Plástica ☐ Cirurgia Vascular ☐ Gastroenterologia ☐ Ginecologia  
☐ Neurocirurgia ☐ Ortopedia ☐ Otorrinolaringologista ☐ Proctologia ☐ Radiologia Intervencionista ☐ Urologia  
☐ Outra: \_\_\_\_\_

TURNO

☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

DIA DA SEMANA

☐ Segunda-Feira ☐ Terça-Feira ☐ Quarta-Feira ☐ Quinta-Feira ☐ Sexta-Feira ☐ Sábado ☐ Domingo

PORTE

☐ Pequeno ☐ Médio ☐ Grande ☐ Não Indetificado

MOMENTO DE SUSPENSÃO

☐ Antes do preparo da SO ☐ Depois do preparo da SO ☐ Durante o procedimento anestésico-cirúrgico

CAUSAS

|                                                           |                                                            |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Condição clínica desfavorável    | <input type="checkbox"/> Falta de vaga                     |
| <input type="checkbox"/> Erro na programação cirúrgica    | <input type="checkbox"/> Intubação difícil                 |
| <input type="checkbox"/> Falta de anestesiológico         | <input type="checkbox"/> Mudança de conduta médica         |
| <input type="checkbox"/> Falta de cirurgia                | <input type="checkbox"/> Não comparecimento                |
| <input type="checkbox"/> Falta de equipamentos            | <input type="checkbox"/> Não liberado pela anestesista     |
| <input type="checkbox"/> Falta de equipe de enfermagem    | <input type="checkbox"/> Paciente foi a óbito              |
| <input type="checkbox"/> Falta de exames Recursos Humanos | <input type="checkbox"/> Preparo pré-operatório sem êxito  |
| <input type="checkbox"/> Falta de hemoderivados           | <input type="checkbox"/> Prioridade para urgência          |
| <input type="checkbox"/> Falta de instrumentador          | <input type="checkbox"/> Recusa à realização de cirurgia   |
| <input type="checkbox"/> Falta de jejum                   | <input type="checkbox"/> Transferência para outro hospital |
| <input type="checkbox"/> Falta de material hospitalar     | <input type="checkbox"/> Tempo cirúrgico excedido          |
| <input type="checkbox"/> Falta de medicação               | <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____                |
| <input type="checkbox"/> Falta de OPME: Empresa? _____    |                                                            |

Assinatura e carimbo do Médico Responsável