

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: _____

Data De Nasc.: ____/____/____ Data: ____/____/____

Entrada em Sala: ____:____H Saída De Sala: ____:____H

Cirurgia Programada: _____

COLE A ETIQUETA AQUI.

TRANS – OPERATÓRIO

POSIÇÃO OPERATÓRIA:☐ Fowler ☐ Lateral Dir ☐ Lateral Esq ☐ Decúbito Dorsal ☐ Decúbito Ventral☐ Genupeitoral ☐ Trendelemburg ☐ Sims ☐ Litotômica**ACESSO VENOSO:** ☐ Admitido Com? Setor: _____ ☐ Realizou em S.O?☐ Periférico Nº do Jelco: _____ Local: _____☐ Central Local: _____ ☐ Pam Local: _____**CATETERISMO VESICAL:** ☐ Não ☐ Sim Nº da Sonda: _____**TRICOTOMIA:** ☐ N.A ☐ Não ☐ Sim Local: _____**BISTURI ELÉTRICO:** ☐ Não ☐ Sim ☐ N.A**LOCAL DA PLACA:** _____**ANESTESIA:** ☐ Local ☐ Sedação ☐ Peridural ☐ Raquianestesia ☐ Geral ☐ Bloqueio De Plexo**IMPLANTE DE PRÓTESE / ÓRTESE / MATERIAIS ESPECIAIS:** ☐ Não ☐ Sim

Qual: _____

ANATOMIA PATOLÓGICA: ☐ Não ☐ Sim

Identificação do Frasco: _____

Peça Encaminhada: ☐ Laboratório da Casa ☐ Paciente**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO? Qual?**

HEMODINÂMICA

☐ Não se aplica**ANGIOPLASTIA CORONÁRIA:** ☐ Sem Implante de Stent Com ☐ Implante de Stent Quantos: _____**LOCAL DA PUNÇÃO:** ☐ Radial ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Femural ☐ Direita ☐ Esquerda**VOLUME DE CONTRASTE INFUNDIDO:** _____**CURATIVO COMPRESSIVO:** ☐ Radial ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Femural ☐ Direita ☐ Esquerda

PÓS – OPERATÓRIO / SAÍDA DE S.O.

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Acordado ☐ Agitado ☐ Tranquilo ☐ Sonolento ☐ Sedado ☐ Comatoso**VENTILAÇÃO:** ☐ Ar Ambiente ☐ Oxigenoterapia**CURATIVO:** ☐ Não ☐ Sim Local: _____**DISPOSITIVOS:** ☐ Não ☐ Sim☐ Cateter Venoso Periférico ☐ Cateter Venoso Central ☐ Picc ☐ Tqt / Tot☐ Cateter De Hemodiálise ☐ Marcapasso**DRENOS / CATETERES / SONDAS:** ☐ Não ☐ Sim☐ Port-Cath ☐ Peridural ☐ Hemovac ☐ Mediastino ☐ Penrose ☐ Splint ☐ Duplo J☐ Perm-Cath ☐ Blake ☐ Tórax ☐ Sng ☐ Sne ☐ Svd**DESTINO:** ☐ Quarto/Ui ☐ Unidade De Terapia Intensiva/Cti ☐ Day Clinic**EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE:** ☐ Cilindro De Oxigênio ☐ Bomba De Infusão ☐ Ambú☐ Monitor De Transporte ☐ Respirador ☐ Maleta De Transporte ☐ Prancha Longa**TRANSPORTE COM:** ☐ Maqueiro ☐ Técnico De Enfermagem ☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Fisioterapeuta**SINAIS VITAIS:** FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ PA: _____ SAT: _____**ESCALA DE ALDRETE E KROULIK:** _____**ESCALA DE EVA:** _____ -- _____**SAIDA DO CENTRO CIRÚRGICO:** _____: _____ H

ORIENTAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS:

Enfermeiro Centro Cirúrgico

Técnico de Enfermagem Circulante