

 HOSPITAL DI CAMP ACOLHER CUIDAR CURAR	CHECKLIST DE INTERNAÇÃO						Versão 19	
Identificação do Paciente								
Paciente:						Cole a etiqueta aqui.		
Data de Nascimento: ____/____/____ Convênio: _____								
Data de Admissão: ____/____/____ Período: _____								
Pré Internação Cirúrgica Eletiva								
Itens da Internação		Quantidade	Situação			Responsável		Data
Solicitação de Cirurgia Eletiva								
Risco Cirúrgico + Exames								
Termo de Consentimento Cirúrgico								
Termo de Consentimento Anestésico								
Utilização de Sangue			☐ Sim Ass. Banco de Sangue _____ ☐ Não Ass. Centro Cirúrgico _____					
Avaliação do Prontuário								
Itens Assistenciais		Quantidade	Situação			Responsável		Data
Evolução Médica								
Parecer Médico								
Prescrição Médica								
Evolução da Enfermagem								
Balanço Hídrico								
Protocolos								
Protocolo de TEV Clínica Médica								
Bundles								
Evolução Fisioterapia								
Evolução Nutricional								
Evolução da Fonoaudiologia								
Exames de Imagens								
Exames Laboratoriais								
Banco de Sangue								
Admissão Farmácia								
Hemodiálise								
Eletrocardiograma								
Rastreamento/Precaução de Contato								
Itens Centro Cirúrgico		ENVIO	ASS.	RETORNO	ASS.	ALTA	ASS.	Data da Alta
Folha de Gasto								
Folha de OPME								
Folha de Fio								
Descrição Cirúrgica/ Boletim de Cirurgia								
Folha Anestésica								
Medicações Controladas								
Folha de Hemostáticos								
Justificativa de Controlados								
Formulário RPA								
Integrador Químico								
Lista de Verificação p/ Cirurgia Segura								
TCI Anestésico								
TCI Cirúrgico								
Protocolo de TEV Cirúrgico								
Justificativa de antibiótico / Psicotropicos								
Questionário Pré-Anestésico								
Itens Administrativos		Quantidade	Situação			Responsável		Data
Matrícula								
Senha								
Prorrogação								
Diárias								
Tipo de Internação								
Justificativas (MAT/MED)								
Autorizações (Cirúrgicas/OPME)								
OPME			() HDC () Fornecedor					
Comandas (Refeição/Acompanhantes)								
Controle de Acompanhantes (Hotelaria)								
() Alta () Alta a Revelia () Parcial () Transferência () Óbito FOR.FAT.002.DEZ.2027.V19								