

Nome: \_\_\_\_\_ RH/MV: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Diagnóstico(s):  
\_\_\_\_\_

Cirurgia(s) proposta(s):  
\_\_\_\_\_

### **INFORMAÇÕES IMPORTANTES LEIA**

Seu filho (a) será submetido (a) a um tratamento cirúrgico (operação) no Hospital e Maternidade Celso Pierro. Alguns cuidados devem ser tomados para que tudo corra bem:

1. Observe bem a data, horário e local ao qual deverá comparecer nas consultas e internação.
2. Trazer o **CARTÃO SUS (Cartão Nacional de Saúde -CNS)** ou o número no dia da internação.
3. Trazer também o **Registro de Nascimento** ou RG do paciente e o **RG da Mãe ou Pai**.
4. Trazer os exames pré-operatórios (Raio-X, Hemograma, exame de Urina, Coagulograma, etc.) que foram solicitados pela equipe de Cirurgia Infantil ou pelo Anestesista no Ambulatório. Se não tiver sido solicitado exame pré-operatório não se preocupe, pois algumas cirurgias menores são realizadas sem a realização de exame de sangue ou urina.
5. **Após internado, seu filho ficará em jejum.** É muito importante que esta orientação seja seguida rigorosamente, pois seu filho (a) deverá ser submetido à anestesia geral e se houver alimento no estômago poderão ocorrer vômitos e passagem de alimentos para o pulmão. Durante o período de jejum não é permitido água, balas, chicletes, leite, etc.
6. Deverá tomar banho e lavar principalmente a região a ser operada com água e sabonete, quando o local permitir.
5. A cirurgia de seu filho (a) poderá ser suspensa caso ele (a) esteja com gripe, tosse, febre, anemia importante, ou outros problemas que possam aumentar o risco de realizarmos o procedimento.
7. Seu filho (a) poderá ficar internado ou ter alta no mesmo dia da cirurgia, dependendo do tipo de procedimento realizado.
8. Os pais ou responsáveis devem providenciar o transporte para a volta para casa após a alta da criança.
9. As orientações e cuidados pós-operatórios serão explicados após a realização da cirurgia pelo Cirurgião Pediátrico.
10. O **retorno será no ambulatório** e qualquer **intercorrência após a cirurgia**, antes do retorno combinado, deverá ser feito no **Pronto Socorro Infantil**.

**Observação:** O **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** deverá estar anexado a estas orientações devidamente preenchido e assinado pelos responsáveis (Paciente e Médico).

**Não se esqueça de trazer no dia da Cirurgia.**

**PLANO TERAPÊUTICO:** (estratégia de tratamento definida para o paciente):

- Cirurgia Ambulatorial       Leito Dia       Unidade de Internação  
 UTI-Pediátrica       UTI-Neonatal

**PROGRAMAÇÃO DE ALTA HOSPITALAR:** Em \_\_\_\_\_ dias.

**Equipes de apoio:**

- Fisioterapia       Nutrição       Farmacêutica Clínica       Serviço Social  
 Fonoaudiologia       Terapia Ocupacional       Psicologia

**MEDICAÇÕES EM USO DOMICILIAR (Reconciliação Medicamentosa):** \_\_\_\_\_

**1) SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA agendar consulta:**

Comparecer no Ambulatório de Anestesia com os exames

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_ horas

- Paciente liberado para procedimento cirúrgico.  
 Paciente **NÃO** liberado para procedimento cirúrgico.

Motivo: \_\_\_\_\_

Recomendações: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Anestesista: \_\_\_\_\_

**2) Retornar na Gestão de Acesso do Ambulatório (    ), para agendar a data da cirurgia OU com seu Cirurgião (    ) \_\_\_\_\_**

**3) Comparecer ao SETOR DE INTERNAÇÃO do Hospital e Maternidade e Celso Pierro para realização de cirurgia.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_ horas

**JEJUM ABSOLUTO** a partir das \_\_\_\_\_ horas (**NÃO TOMAR NEM ÁGUA**).