

Nome: _____ RH/MV: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Diagnóstico(s):

Cirurgia(s) proposta(s):

INFORMAÇÕES IMPORTANTES LEIA

O Sr (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 número do CNS e **RG** no dia da internação.

3. **Trazer os exames pré-operatórios** (Raios-X, Hemograma, exame de Urina, Coagulograma, etc.) que foram solicitados pela equipe que o assistiu ou pelo Anestesiologista no Ambulatório. Se não tiver sido solicitado exame pré-operatório, não se preocupe. Algumas cirurgias menores são realizadas sem a necessidade de exame de sangue ou urina.

4. **Respeite o Jejum pré-operatório e mantenha após internado.**

É muito importante que esta orientação seja seguida rigorosamente, pois será 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.

5. Deverá tomar banho e lavar principalmente a região a ser operada com água e sabonete quando o local permitir.

6. A cirurgia poderá ser suspensa caso esteja com gripe, tosse, febre, anemia importante ou outros problemas que possam aumentar o risco de realizarmos o procedimento.

7. O Sr (a) poderá ficar internado ou ter alta no mesmo dia da cirurgia, dependendo do tipo de procedimento realizado.

8. O responsável ou acompanhante deve providenciar o transporte para a volta para casa após a alta.

9. As orientações e cuidados pós-operatórios serão explicados após a realização da cirurgia pelo Cirurgião.

10. O **retorno será no ambulatório** e qualquer **intercorrência após a cirurgia**, antes do retorno combinado, deverá ser feito no **Pronto Socorro**.

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 TERAPEUTICO: (estratégia de tratamento definida para o paciente):

Cirurgia Ambulatorial Leito Dia Unidade de Internação UCO
 UTI-Adulto 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**).