


ANEXO 9_Guia do Ambulatório

IDENTIFICAÇÃO: COLAR ETIQUETA
NOME: _____

PRONTUÁRIO Nº.: _____



INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA

DATA: ____/____/____ C.O. C.C. SALA: _____

ID.: _____ SX.: _____ COR: _____ MPA: _____ ASA: _____ ELETIVA: EMERGÊNCIA:

CIRURGIAS: _____ (100 %)
 _____ (%)
 _____ (%)

CIRURGIÃO: _____ 1º AUX.: _____ 2º AUX.: _____
 ANESTESISTA: _____ ANESTESIA: _____
 TOTAL CH.: _____ INÍCIO: _____ H FIM: _____ H DURAÇÃO: _____ H

Monitorização Intraoperatória: ECG OXÍMETRO DE PULSO PINV CAPNOGRAFIA


		1H	2H	3H	4H
O2					
N2O					
LÍQUIDOS					
P.A.	220				
V	200				
A	180				
PULSO	160				
	140				
	120				
	100				
	80				
	60				
RESPIR. O	E 40				
	A 50				
	C 60				

A
N
O
T
A
Ç
Õ
E
S

TOTAL DE DROGAS		VOLUME INFUNDIDO INTRA-OPERACIONAL		DIURESE TOTAL
1. _____	5. _____	RL _____ ml _____ ml		<input type="checkbox"/> NÃO SONDADO
2. _____	6. _____	SF _____ ml _____ ml		<input type="checkbox"/> _____ ml
3. _____	7. _____	SG _____ ml _____ ml		
4. _____	8. _____			

FICHANES.PM5(486 BI.01)
3.3/3

ANEXO 11 Laudo para Solicitação/Autorização de Mudança de Procedimento e de Procedimento (s) Especial (ais)_(Anverso)

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde								2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS								2 3 9 9 6 4 4	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS								4 - CNES 2 3 9 9 6 4 4	
Identificação do Paciente								6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE									
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	
10 - RAÇA/COR									
11 - NOME DA MÃE						12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL						14 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)									
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
19 - CEP									
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)									
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO									
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR						22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA						24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL				26 - CID 10 PRINCIPAL		27 - CID 10 SECUNDÁRIO		28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)									
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL						30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III									
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE.	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						35 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE.	
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		40 - QTDE.	
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO									
PROFISSIONAL SOLICITANTE									
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE								43 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
44 - DOCUMENTO () CNS () CPF				45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				46 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO									
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
50 - DOCUMENTO () CNS () CPF				51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

2.848 F-V