

## Planejamento Cirúrgico

(Etiqueta do Paciente)
Nome do Paciente: _____
Data de nascimento: ____/____/____

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Procedimento cirúrgico proposto: \_\_\_\_\_

Comorbidades: \_\_\_\_\_

Avaliação Clínica Previa:  SIM  NÃO

Sumário da Avaliação:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necessita de avaliações clínicas ou laboratoriais adicionais:  SIM  NÃO

Quais:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura / carimbo do médico